الطب النفسي
النفس
أسرارها.. وأمراضها
دكتور
محمود حمودة

الطب النفسي

□□ يطلب من :

● العيادة : ٨١ ش جسر السويس ـ مصر الجديدة
● ومن : مكتبة الفجالة بالفجالة

إهـــــداء٢٠٠٧

الأستاذ الدكتور / قدري محمود حفني
جمهورية مصر العربية

الطب النفسى

النفس

أسرارها.. وأمراضها

دكتور

محمود حمودة

بكالوريوس الطب والجراحة

ماجستير الأمراض العصبية والنفسية

دبلوم العلاج والتحليل النفسى للأطفال والمراهقين

دكتوراه الطب النفسى

أستاذ الامراض العصبية والنفسية المساعد

بطب الأزهر

بسم الله الرحمن الرحيم
« وفى أنفسكم أفلا تبصرون »

صدق الله العظيم

شـــكر

أتـوجـه بـالـشـكـر لأسـاتـذتـى الـذيـن قـدمـوا لهذا الكتـاب ولـطـلابـى الـذيـن تـعـلـمـت منهم بـقـدر مـا عـلـمـتهم ولـزمـلائـى على مـلاحـظـاتهم وتـشـجـيـعـهـم ولـزوجـتـى وأولادى الـذيـن أعـانـونـى وتحـمـلـونـى

* * *

تقديم

بقلم الأستاذ الدكتور محمد شعلان
أستاذ الطب النفسى بطب الأزهر

بسم الله الرحمن الرحيم

لقد تمخض عن قسم الامراض العصبية والنفسية توجه مميز يمكن أن يأخذ صفات المدرسة ، اذ كانت البداية محاولة لدمج فرعى العصبية والنفسية ، الا أن الذى يبدأ بأطروحة سرعان مايولد أطروحة مضادة ، فجاء التطور نحو المبالغة فى الاستقطاب ، فازداد الأطباء العصبيون ميلا للتركيز على الجوانب العضوية بينما اتجه النفسيون نحو الجوانب النفسية بل تعدوا ذلك فى اتجاه الأسرة والمجتمع والتاريخ والتراث حتى وصلوا إلى حدود الممنوع وهو مجال الروح .

ورغم هذا الاستقطاب الظاهرى إلا ان تماسك الفريق بحد أدنى من الروابط الفكرية والوجدانية وارتباطهم بمجتمع واحد وكلية واحدة يخدمون جمهورا واحدا ، فى عمل فريقى لم يقتصر عليهما بل شمل كافة الاقسام فى كلية الطب ، بل أقسام من خارج الطب ، بل جامعات أخرى ، جعل هناك حد أدنى من التماسك والاندماج فى المنهج الفكرى والعلمى والعملى .

وازداد ذلك الاتساق الفكرى بعد ماأخذ كل داع إلى انفصال فرصته لأن ينفصل ، وكأن رغبة الشباب فى تأكيد ذاته بانفصاله عن أسرته وتحقيقها جعلته يعود ليقدر قيمته ما أخذه من تراث الأسرة وعلية عاد من ترك ، وعاد متفردا مضيفا لامقلدا .

هكذا كان الدكتور محمود حمودة من أوائل خريجى القسم والآن من قيادته، يندمج تماما فينفصل فيعود متفردا مضيفا .

لقد تمكن فى هذا الكتاب من أن يعبر عن تلك القدرة على تناول الانسان كوحدة متكاملة توجد فى بيئته انسانية ومادية على سواء ، بل فى كون حى يكاد يكون هو الوجود الالهى ذاته ، الذى يأكل و يصوم و ينام و يصحو، و يعمل و يتعبد ويجتهد و يلهو، هذا الانسان ذو النفس الامارة بالسوء واللوامة والمطمئنة بفجوره وتقواه ، لا يمكن التعامل معه إلا من خلال منهج متكامل يعطيه الدواء ومع الدواء كلمة وراء الكلمة التى قد تبدو عابرة حكمة بالغة ، يأخذ النفس فى جنونها ليريها صفائها ونقائها .

هكذا التكامل يتطلب طبيبا وعالما جذورة فى قومه ولغته وتراثه وفروعه تصل إلى الصين واليابان شرقا وأمريكا غربا حتى تكتشف من خلال كروية الأرض أن الانسان واحد والحياة واحدة والله واحد وأنه واحد متحد مع كل ما يبدو متفرق .

المداخل عديدة ، والمناهج مختلفة تصنيف مصرى أو أمريكى أو دولى ، ولكن المصب واحد وهو الانسان الذى يعانى نفسيا .

لقد عاد بأسلوب القصة عن طريق عرض الحالات إلى منهج تعليم عربى وهو التعليم بغير التلقين المباشر، ومخاطبة الشق الأيمن من الدماغ وصولا إلى الأيسر، أى الفنان إلى العالم ، وهكذا تجاوز تلك الثنائية المصطنعة .

نأمل أن يستمر الدكتور محمود حمودة فى إعادة كتابة هذا الكتاب المعاد كتابته حتى يؤكد أن العلم والتعلم عملية لاتنقطع ، بل لو انقطعت لما صارت علما .

أ. د. محمد شعلان

القاهرة ــ يوليو ١٩٩٠ أستاذ الطب النفسى بطب الأزهر

تقديم

بقلم الأستاذ الدكتور أحمد شوقى العقباوى
أستاذ ورئيس قسم الأمراض العصبية والنفسية بطب الأزهر

بسم الله الرحمن الرحيم

التقديم لكتاب علمي يتطلب وضوح الهدف من ذلك التقديم ، وهو فى رأيى تلخيص لكتاب أكثر من كونه تقييما له .

ومن ثم فهو شرف وفخار أن أقدم هذا الكتاب الذى أرى أنه إضافة مطلوبة للمكتبه العربية فى الكتابة العلمية.

أهم ما يميز الكتاب ثلاثة أمور أتصور أنها تجاوز للقصور الذى يتبدى فى بعض الكتابات العربية فى الطب النفسى .

أول المميزات أنه بلغة عربية سليمة التركيب والصياغة ، مما يعكس تمكن الكاتب من لغة القرآن الكريم ... لانه حافظ القرآن ، متشرب لجوهر اللغة ، بعيد عن التلوث السائد فى الكتابات العربية التى تستند إلى مصادر أكثرها أو كلها باللغات الأجنبية .

وثانيها أن الكاتب قد التزم فى ترجمة المصطلحات بالتوازن الذكى بين المعجم العربى الموحد والشائع من ترجمة المصطلحات ، وهذه النقطة على جانب كبير من الأهمية من حيث مسألة تعريب العلوم الطبية ، حيث الحاجة ماسة إلى تراكم التراث المكتوب بلغة متفق عليها لكى تعطى لجيل قادم الأرضية الضرورية للتأليف المبدع أكثر من النقل والترجمة .

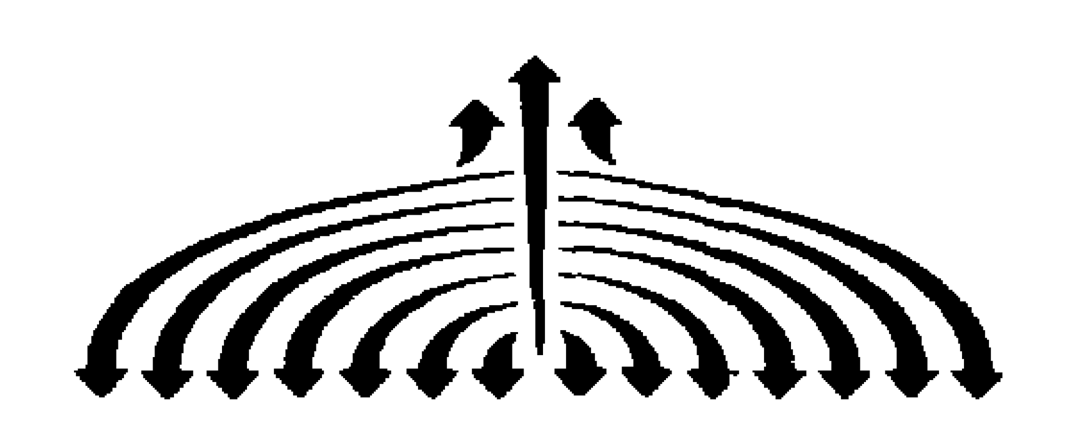
وثالث الميزات هو بنيان الكتاب ، واسلوب عرض المحتوى العلمى فى كل فصل ، وخصوصا تلك الاضافة التى تستند الى الفكر التربوى المعاصر.. حيث يبدأ كل فصل بعرض لمسألة اكلينيكية تجسر الفجوة فى ذهن القارىء مابين المقال العلمى والواقع التطبيقى .

ومن ثم ، فإننى افخر بأن يكون هذا الاسهام الجدير بالاحتفاء به من قسم الأمراض النفسية والعصبية بكلية طب الأزهر، عسى أن نكون بذلك ضمن المبادرين فى قضية من أهم قضايا التنمية فى مصر والعالم العربى وهى استخدام اللغة العربية فى الكتابة العلمية تدريسا ونشرا للبحوث العلمية فى مجال الطب النفسى .

اننى واثق باذن الله أن الكتاب سيلقى قبولا حسنا من الأساتذة والطلاب على السواء .

القاهرة ــ يوليو ١٩٩٠

أ. د أحمد شوقى العقباوى
استاذ ورئيس قسم الأمراض العصبية
والنفسية بطـــب الأزهـــر



تقديم

بقلم الأستاذ الدكتور عبد اللطيف موسى عثمان
أستاذ الامراض العصبية بطب الأزهر

بسم الله الرحمن الرحيم

يطيب لى أن أقدم لهذا المرجع الجاد فى الطب النفسى الذى يأتى مولده فى توقيت تتعالى فيه الاصوات المطالبة بتعريب الطب ، وتنعقد الندوات وتلقى الخطب ، وتصدر التوصيات تلو التوصيات ، ولكن يظل الحصاد فقيرا وتبقى المراجع الطبية العربية محدودة ، حيث ينتهى حماس الكثيرين بانتهاء الاجتماعات ، ولا يتجاوزها الى تحويل « الدعوة الى التعريب » لتصبح « ممارسة للتعريب »

وهذا الكتاب يسهم بغير شك فى اثراء المكتبة العربية و يقدم لطلبة الطب مرجعا علميا فى الطب النفسى فى لغة عربية يسيره تتيح لهم سلامة التفكير وتنمى قدرتهم على التواصل مع مرضاهم دون أن يتكلفوا مشقة الترجمة من الانجليزية الى العربية وما قد يشوبها من قصور يطمس المعنى أو غموض يستعصى على الفهم .

والكتاب نموذج حى لعودة العلوم الطبية الى اللغة العربية ، تلك اللغة التى ظلت لغة العلم حتى القرن السابع عشر.

و يتفق علماء اللغة والنفس على أن لغة الأم هى وعاء الفكر، ولا تتحقق سلامة التفكير إلا إذا صيغ فى قالب من لغة الأم ، ومن المغالطة أن نتصور امكانية التفكير الخلاق بلغة أجنبية مهما بلغت درجة اجادتنا لتلك اللغة .

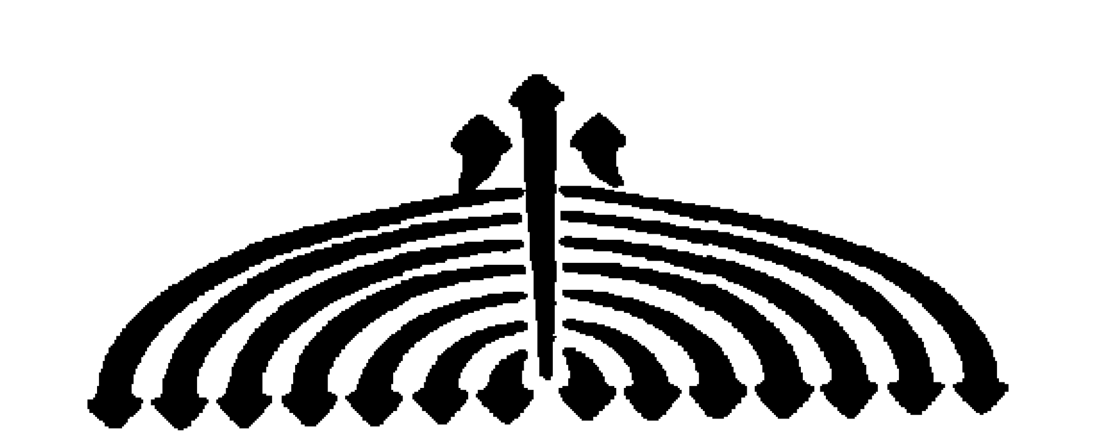
وانى لأدرك كم من الجهد تكبده المؤلف فى صياغة هذا المرجع حتى يخرج الى القارىء على هذا النحو اليسير، ولايقلل من هذا الجهد أن نختلف معه حول بعض المصطلحات ، لأنى على يقين من أن الجدل والنقاش سيفضيان الى اقرار مايستقر عليه الرأى ودحض مايتبين قصوره عن التعبير عن المعنى تعبيرا دقيقا ، ومن السهل الاستفادة من النقد البناء فى الطبعات التالية إن شاء الله.-

يتبقى أن أهنىء الأخ الدكتور محمود حمرده ، وأدعو الله أن يحذ وحذوه آخرون ، وأن يواصل هو المسيرة التى بدأها فى صبر ومثابرة ودأب ،

وعلى الله قصد السبيل ،

القاهرة ــ يوليو ١٩٩٠

أ. د. عبد اللطيف موسى عثمان
أستاذ الامراض العصبية بطب الازهر



بسم الله الرحمن الرحيم

(مقدمة الطبعة الأولى)

تسود العالم اليوم الحضارة الغربية التي تتميز بسيطرة الاتجاه المادى على الاتجاه المعنوى والروحى ، وتبعا لذلك سيطرت المادة على ما عداها ، فكان الاهتمام بدراسة الماديات فى مختلف نواحي الحياة ، بما فى ذلك دراسة الطب ، حيث ظهر الاهتمام بالجانب المادى ، وهو الجسد أكثر من الجانب المعنوى الذى يتمثل فى النفس ، ولم يقتصر الأمر على ذلك بل تعداه الى تفسير الجوانب المعنوية على أسس مادية بحته ..... ونحن هنا لا نعيب التفسير ولكننا نرى قصورا فى تدريس الجوانب المعنوية (التى قصدنا بها النفس) على مستوى خريجى كليات الطب فى مصر فأردنا أن نساهم فى تدعيم هذا الاتجاه حتى لا يعامل المريض على المستوى المادى فقط ، ككتلة من اللحم تسرى فيها الحياة وتكون ممارسة الطب البشرى أقرب الى الطب البيطرى حين لا يعير الطبيب التفاتا الى الجوانب المعنوية للمريض ... وسوف نلاحظ فى الصفحات التالية كيف ان الجوانب المادية ترتبط بالجوانب المعنوية للانسان (وهى علاقة النفس والجسد) بل يرتبطان بالمجتمع الذى يعيش فيه الفرد .

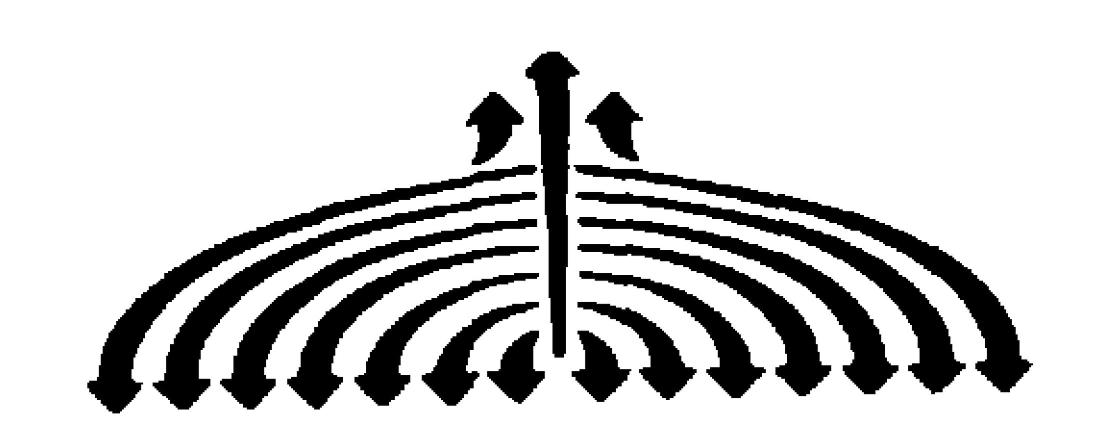
وهذه الجوانب الثلاثة (الجسدية والنفسية والاجتماعية) للانسان تلتقي في تخصص الطب النفسي الذي يدرس معاناة الانسان النفسية والعقلية الناتجة عن اضطراب أي من الجوانب الثلاثة السابقة أو من التفاعل فيما بينها، بهدف تخفيف هذه المعاناة بالعلاج أو الوقاية منها بما يحقق أسمى أهداف المهنة الطبية فلاشك أن الوقاية خير من العلاج.

واذا كنا نؤكد على احترام معنويات المريض ومشاعره فان لغته هي الوسيلة في التعبير عن معاناته والمريض العربي يعبر بلغته العربية وحين يستمع اليه طبيبه العربي فانه يفكر فيما يسمعه بلغة عربية ولايبقى الا أن يسجله بنفس اللغة، ولكن عند هذه المرحلة نرى الطبيب وقد أجتهد في نقل ذلك الى لغة اجنبية، الأمر الذي يفسر بأنه استمرار للطريقة واللغة التي تعلم بها الطب، ويظل الطبيب قريبا من معاناة مواطنيه من المرضى ولكن طريقة تعبيره تختلف عنهم. فالطبيب يعبر بلغة أجنبية ويكتب أبحاثه بلغة أجنبية، وهو بذلك يخدم اللغة الأجنبية أكثر من لغة قومه ويخدم المجتمع الأجنبي (صاحب اللغة) أكثر من خدمته لمجتمعه... انها جزء من مركب النقص الذي ورثناه من سنوات الاحتلال الطويلة والذي نأمل أن نتجاوزه الى أفاق الصدق مع النفس شعورا وتعبيرا وعلاجا لمشاكلنا...

وجامعة الأزهر التي حافظت على اللغة العربية عبر قرون الظلام التي سادت مجتمعاتنا العربية، هي قادرة باذن الله وبهمم الشباب المخلص من أبنائها على حمل مشعل تعريب الطب وكتابة مراجعه باللغة العربية كي ترتبط الفروع بالأصول وكي يكون أحفاد الرازي وابن سينا خير خلف لخير سلف.

دكتور محمود حموده

١٩٨٥



بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الطبعة الثانية

لقد كانت الطبعة الاولى من كتاب الطب النفسى فى عجالة جعلتها مختصرة فى بعض جوانبها ، خاصة مايتعلق بأسباب الامراض والمسار والتنبؤ والعلاج ، ولكن ما عاد الى من انطباعات لدى الزملاء خاصة طلاب البكالوريوس والدرسات العليا (الدبلوم والماجستير) ، وما اقترحه على زملائى واساتذتى بقسم العصبية والنفسية بطب الأزهر، جعلنى لا أضن بجهد على هذه الطبعة التى بين أيدينا أملا فى الوصول يوما ما إلى المستوى المناسب .

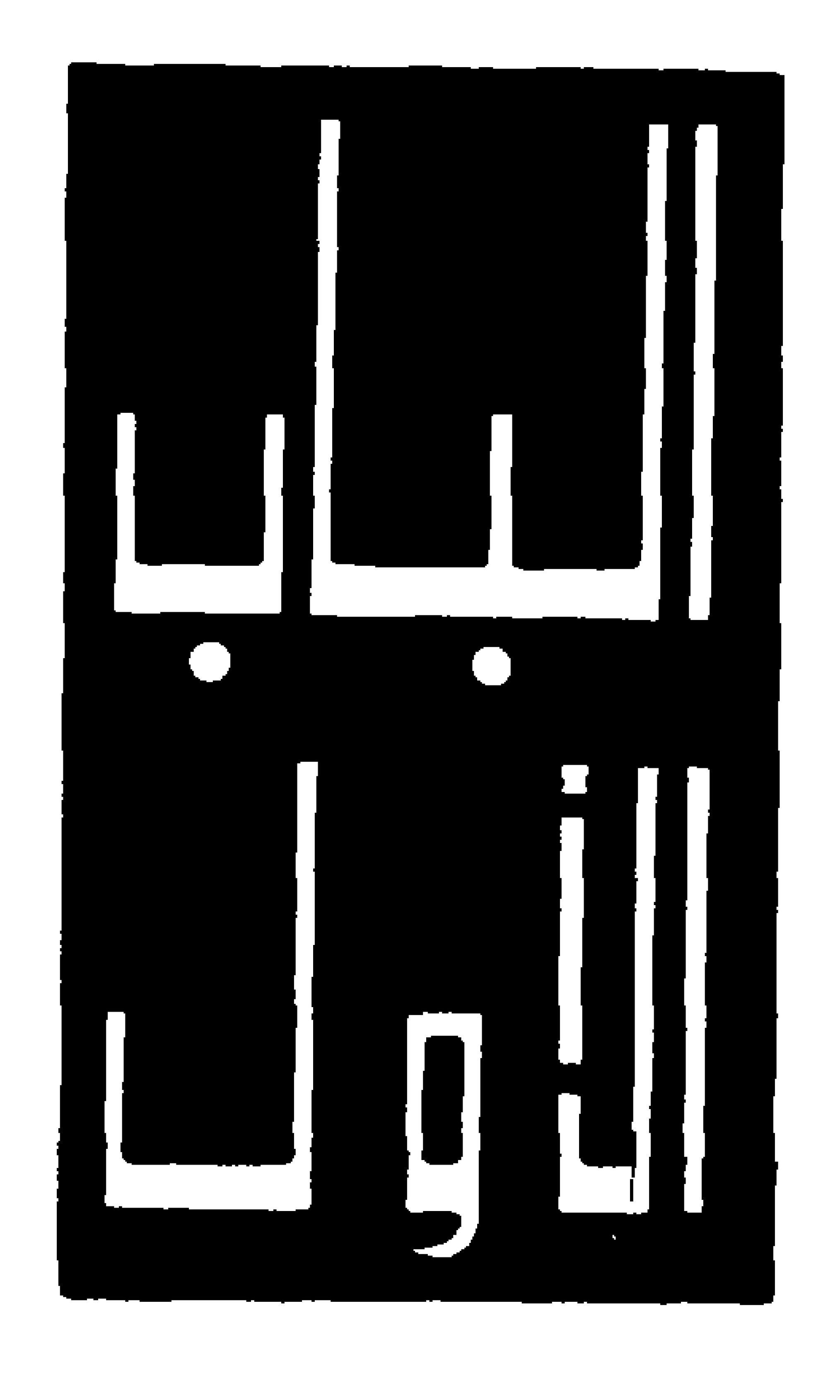
ولقد كانت تحكمنى فى إعدادى لهذه الطبعة عدة اعتبارات أهمها مالتزمنا به فى قسم العصبية والنفسية بطب الأزهر من الاعتزاز بلغتنا العربية والكتابة بها لأنها لغة الطبيب والمريض والمجتمع الذى يعيشان فيه ، وبها تكونت المفاهيم وارتبطت المشاعر لدى كل منهما ، فلقد كانت التبعية اللغوية فى عصر ما جزءا من التبعية الكلية للاستعمار، وآن الأوان أن نسترد مافقدناه من اعتبار الذات والتخلى عن لغتنا تحت شعارات عدم توافر المراجع العربية أو عدم صلاحية اللغة العربية للكتابة العلمية ، فهذه كلها تبريرات تلقى تهربا

من حمل مسئولية الريادة أو استسلاما لما هو قائم تجنبا لمشقة التغيير.. ولقد أخذت خطوات على المستوى الرسمى فى قرارات مؤتمر اتحاد الاطباء العرب من ضرورة اكتمال تعريب الطب فى عام (١٩٩٧)، وماتبذله منظمة الصحة العالمية لمنطقة الشرق الأوسط بالتعاون مع بعض كليات الطب وبعض الهيئات العلمية فى الوطن العربى فى هذا الاتجاه، وهناك مجهودات فردية فى مجال تعريب الطب تستحق الاعجاب والتقدير، ولعل تواجدنا فى الأزهر الذى حافظ على اللغة العربية فى عصور الظلام يجعلنا نشعر بمسئولية الريادة رغم ماتلقيه علينا من تبعات .. والاعتبار الثانى هو التطور فى مفاهيم التعليم الطبى الذى يهدف إلى زيادة مشاركة الطالب إيجابيا فى العملية التعليمية، حيث يشعر بالمشكلة الاكلينيكية ثم يستخرج منها أهدافا تعليمية يسعى إيجابيا لتعلمها مشاركا فاعلا لامفعولا به تلقى إليه المعلومات فى وضع المتلقى السلبى الذى لايزيد عن كونه مسجلا مختزنا للمعلومة، دون مشاركة حقيقية تجعله يتغير فى سلوكه خلال مروره بالعملية التعليمية، ومن هنا كان اتجاهى لصياغة بعض المشاكل الاكلينيكية فى بداية كل فصل، حفزا لذهن القارىء أن يعمل فى صياغة أسئلة، ثم يجد الاجابة عنها خلال العرض النظرى للموضوع، وقد لايجد كل الاجابة فيتحمس لقراءة مرجع آخر وهذا هو هدف العملية التعليمية .. والاعتبار الثالث هو تكامل الانسان فى نواحيه الثلاثة الجسدية والنفسية والاجتماعية، فكل من هذه الجوانب يؤثر فى الآخر ويتأثر به، ولقد نشأ الفصل بين هذه الجوانب الثلاثة تبعا لتقسيم المعارف الانسانية بعد اتساعها، الأمر الذى وصل إلى تقسيم الطب إلى تخصصات ثم ظهور تخصصات دقيقة داخل كل تخصص، وحين يتناول كل متخصص جزئيته دون وعى بالتخصص الآخر نكون أشبه بالعميان الذين التفوا حول الفيل لوصفه فلمس كل منهم جزءا وصفه دون رؤية لبقية الأجزاء، فبعدوا عن حقيقة مايصفون، هذا بالاضافة إلى سهوله النمط الطبى المبنى على الأسس البيولوجية فقط والذى يهتم بوصف العقاقير دون اهتمام بجوانب الانسان المعنوية والاجتماعية أو اهتمام بالعلاقة الطبيبية المريضية، ولكن هذه السهولة يدفع ثمنها المريض لما للعقاقير من تأثيرات جانبية واهمال لجوانبه المعنوية، والطبيب أيضا حين يصبح أشبه بألة تصف الدواء (فالكومبيوتر يمكنه أن يفعل ذلك) فيفقد انسانيته فى ممارسته لمهنته،

ويفقد معرفة كل العوامل التى سببت المرض فلا يصل الى التحسن الذى يبغية ، فليس وجود ميكروب الدرن أو فيروس الانفلونزا هو العامل الحاسم فى حدوث مرض الدرن أو الانفلونزا ولكن هناك عوامل أخرى هى مناعة الشخص المعتمدة على حالته النفسية والغذائية وظروفه المعيشية والبيئية ، فلم تعد واحدية السبب هى النظرية المثلى فى فهم الأمراض كما كانت قبل ذلك ، ولذا كانت المطالبة بالعودة إلى نمط الحكيم الذى يتسم بالحكمة واتساع الافق فى نظرته إلى الانسان المريض من حيث جسده ونفسه وعلاقاته الاجتماعية وصولاً الى العوامل التى ساهمت فى حدوث المرض والعمل على تلافيها وصولاً الى الشفاء ، وهو ما ركزت عليه فى عرض اسباب الامراض وفى تخطيط سياسة العلاج طبقا لتعدد العوامل من بيولوجية ونفسية واجتماعية .

إن النهوض بالطب النفسى فى الوطن العربى لايتأتى من خلال الاغراق فى السلفية المفرطه فى الرجوع الى عصور ازدهرت فيها العلوم العربية دون تجاوزها الى افاق الحاضر ومايفرضه من واقع عملى وعلمى ، أو التوقف عند اقتباس آيات من القرآن الكريم دون مواصلة التدبر فى خلق الله فى ضوء مايتيحه العصر من مكتشفات كما أمرنا الله سبحانه وتعالى ، ولا يتأتى من خلال الاغراق فى الاستغراب عن حضارتنا والاتجاه لحضارة الغرب المفرطة فى ماديتها ، فالاستغراب يبعدنا عن انساننا العربى وعاداته وتقاليده وأخلاقيات مجتمعه ومعتقداته ، والاغراق فى السلفية ينأى بنا عن مكتشفات العصر و يقودنا الى التخلف عن الركب الانسانى ، و يتحقق النهوض بالطب النفسى العربى من خلال الأخذ بمكتشفات الحضارة الحديثة من فهم لعمل الدماغ ومايؤثر فى العقل من كيمياء دون اهمال لوجدان الانسان العربى ومشاعره وتراثه وميراثه الشعورى واللاشعورى ، وهوما نأمل أن نحققه فى المراحل القادمة إن شاء الله .

دكتور
محمود حمودة
القاهرة (٢٦٠٢٥٦٠٨)
١٩٩١



الصحة النفسية والمرض النفسى .

النفس والبدن .

الجهاز العصبى .

الجهاز الهرمونى .

الوظائف النفسية .

الشخصية

الفصل الأول

الصحة النفسية والمرض النفسى

اختلف العلماء فى تعريف الصحة النفسية حسب رؤيتهم للمرض النفسى على أنه نقيض للصحة النفسية ، وهذا مبنى على قاعدة أن الشىء يعرف بنقيضه .. فمن اعتبر أن المرض النفسى هو عدم التوافق مع المجتمع ، رأى أن الصحة النفسية هى التوافق مع المجتمع وعدم الشذوذ عنه وعدم مخالفته ، وعلى ذلك يكون الانبياء والمصلحون فاقدى الصحة النفسية ، وهذا يخالف الواقع التاريخى ، لذلك كان هذا التعريف قاصرا .. ومن اعتبر أن المرض النفسى هو عدم التوافق الداخلى ، رأى أن الصحة النفسية هى التوافق الداخلى بين مكونات النفس من جزء فطرى هو الغرائز (الهو)وجزء مكتسب من البيئة الخارجية وهو الأنا الأعلى ، وهذا التعريف له اصول إسلامية فالنفس الامارة بالسوء تقابل الغرائز والنفس اللوامة تقابل الأنا الاعلى ، وحين يتحقق التوازن والتوافق بين النفس الامارة بالسوء والنفس اللوامة تتحقق الطمأنينة للإنسان و يوصف بأن نفسه مطمئنة .. ومن أعتبر أن المرض النفسى هو عدم التطور بما يتناسب مع مرحلة النمو، فحين يتمسك البالغ بسلوكيات الطفولة فانه يعد مريضا نفسيا ، ومن ثم

رأو أن الصحة النفسية هي قدرة الانسان على التطور.. وهناك من اعتبر أن المرض النفسي هو اختلال فى احوال النفس، وهى حالة الابوة (Parental ego state) وحالة الطفلية (Child ego state) وحالة الرشد (Adult ego state) ، فعرف الصحة النفسية على انها توافق أحوال النفس الثلاثة .. وفى رأى (فرويد) أن المرض النفسي هو كراهية النفس والاخرين والعجز عن الانجاز والركود رغبة فى الوصول الى الموت، وعرف الصحة النفسية بأنها القدرة على الحب والعمل، أى حب الفرد لنفسه وللاخرين على أن يعمل عملا بناء يستمد منه البقاء لنفسه وللآخرين .

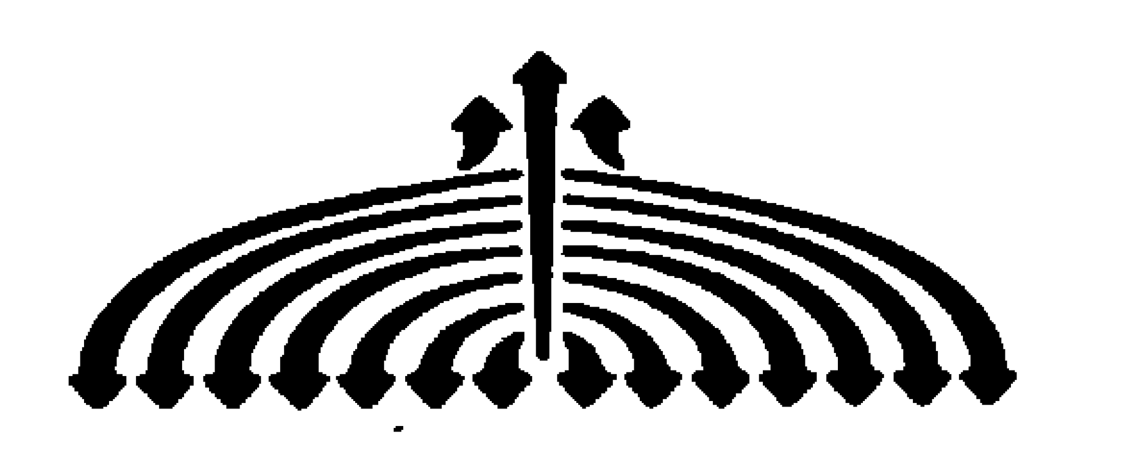
ولا شك أن التوافق بين أجزاء النفس أو أحوالها يعطى الانسان احساسا بالطمأنينه والحب للنفس وللآخرين، ويجعله قادرا على الانجاز العملى دون خوف أو يأس و يهبه قدرة على التطور بما يناسب المرحلة التى يحياها عمريا وزمنيا .

والمرض النفسى هو موضوع الطب النفسى (Psychiatry) حيث أنه فرع الطب الذى يدرس الأمراض العقلية والنفسية من حيث تشخيصها وعلاجها والوقاية منها، ومن ثم فهو يهدف إلى الصحة النفسية عن طريق الوقاية من المرض النفسى أو علاجه .. أما علم النفس (Psychology) فيدرس السلوك[1] والعمليات العقلية فيصف ماذا يحدث وكيف يحدث ؟ ويحاول أن يفسر لماذا يحدث السلوك ؟ وذلك بهدف التنبؤ بالسلوك فى مرحلة ما من النمو، كى تتكون رؤية لضبط وتوجيه الحياة فى مسارات أفضل يتحقق منها ارتقاء للجنس البشرى، وذلك باستنتاج نظريات لأفضل طرق التنشئه للأطفال وكيفية التأثير فى الآخرين .. وهذا الفرع من الدراسة لايقتصر على دراسة سلوك الانسان ولكنه يدرس نشاط جميع الكائنات الحية، فبينما يركز علماء النفس البيولوجيون على العلاقة بين السلوك والتغيرات البيولوجية، يوجه علماء النفس الاجتماعيون اهتمامهم إلى الجماعات ودراسة القوى الاجتماعية، و ينهج هؤلاء وأولئك أسلوب الملاحظة لسلوك الانسان والحيوان، كما ينهجون أسلوب التجريب

---

(١) السلوك: و يقصد به مايصدر عن الكائن الحي .

كإزالة أجزاء معينة من مخ حيوان فى محاولة لفهم تأثير اجزاء المخ المختلفة على السلوك، كما تستخدم حيوانات التجارب فى معرفة تأثير الخبرات السيئة على سلوك الحيوانات مثل الفقد والعزل والحشد والعقاب وسوء التغذية والاجهاد، وميادين علم النفس كثيرة منها علم النفس الاكلنيكى وعلم النفس التجريبى وعلم النفس التربوى وعلم النفس الصناعى وعلم نفس النمو وعلم نفس الاجتماعى وعلم النفس الفسيولوجى وعلم القياس النفسى.



الفصل الثانى

النفس والبدن

إذا نظرنا إلى الانسان نظرة متأنية وجدناه مادة حية هى الجسد الذى يتكون من خلايا تتمايز فيما بينها لتكون الأنسجة والأعضاء والأجهزة ، وهذه المادة الحية تسرى فيها الحياة المتكاملة بفعل الروح التى هى من أمر ربى « و يسئلونك عن الروح قل الروح من أمر ربى وما أوتيتم من العلم إلا قليلا » (١) ، ولعل النفس هى الجزء الانسانى الذى يقترب من كونه وسيطا بين الجسد والروح ، فهى تشبه الروح فى كونها أثر لا مادة ، وتقترب من الجسد فى كونها ناتجة عن أجزاء معينة منه ، وهذا التقارب جعل البعض يعرفها (أى النفس) بأنها محصلة الوظائف العليا من نشاط الجهاز العصبى .

وفهم النفس لايتم بمعزل عن الجسد فهى لاتقوم إلا به ، كما أن فهم الانسان لايتم فى إطار منعزل عن المجتمع ، ومن ثم فإننا سنحاول الربط بين

(١) سورة الاسراء أية رقم (٨٥)

جسد الانسان ونفسه و بينه و بين مجتمعه فى فهمنا للأمراض النفسية تشخيصا وعلاجا ووقاية .

وإذا كانت الدراسة العلمية تقتضى منا تقسيم للوظائف إلى نفسية و بدنية ثم تقسيم آخر لكل منها فما ذلك إلا بهدف التبسيط وتيسير الفهم وليس لكونها هكذا حقيقة ، لأن الانسان كل متكامل متآلف ومتسق تعمل أجهزته متكاملة متعاونة ، بل يعتمد كل منها على الآخر و يصح بصحته ويمرض بمرضه .. فالقلب مثلا يعمل منذ بداية الحياة فى رحم الأم ليل نهار لا يتوقف إلا بانتهاء حياة الانسان ، يضخ الدماء اللازمة لحياة ووظائف الأعضاء والأجهزة المختلفة ، بحيث إذا توقف عن عمله توقفت الحياة ، ولكن هذا ليس معناه أنه لايعتمد فى عمله على كفاءة بقية الأجهزة ، فهو يعتمد مثلا على الجهاز التنفسى ومقدار مايمد الجسم من الأكجسين الذى يستخدم فى حرق الغذاء الذى تم هضمه واعداده فى الجهاز المضمى الذى يوفر الطاقة اللازمة لعمل الاعضاء ومن بينها القلب وتنظم الغدد الصماء عمليات التمثيل الغذائى وإمداد الطاقة ، كما تقوم الكلى بتخليص الجسد من السموم والفضلات الناتجة عن عملية التمثيل الغذائى ، وهى (أى الكلية) بذلك تخدم جميع الأعضاء ، والكليتان اذا توقفتا عن العمل تراكمت السموم فى الجسم بما يضر بسائر العمليات الحيو ية ، ولا يفيد هنا أداء القلب أو الهضم أو التنفس ، بل نجد الضرر يلحق بجميع الأجهزة ووظائفها .. وهاتان الكليتان يعتمد ان بدورهما على أداء الجهاز الدورى وضغط الدم الشريانى بحيث اذا انخفض عن حد معين توقف عملهما .

من هذا نرى أن التكامل سمة بين أعضاء الجسد فكل عضو يؤثر فى الآخر و يتأثر به ، إذا مرض منه عضو تداعى له سائر الجسد بالحمى والمرض .

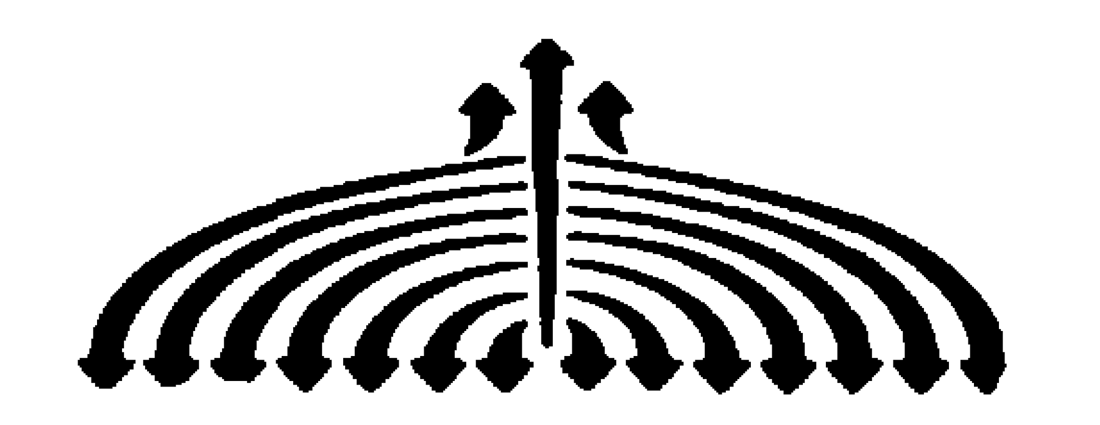
وتتكامل النفس والبدن فما النفس الا أثر الجزء من البدن هو الدماغ والجهاز العصبى ، وهى تمرض بمرضه وتصح بصحته ، وهذا أبسط انعكاس للبدن على النفس ، وهناك انعكاسات أخرى لمرض أجهزة الجسم المختلفة على النفس ، فحين يمرض القلب يؤثر فى الدم الواصل الى الدماغ فتتأثر النفس لاختلال وظيفة الدماغ ، كما تتأثر النفس لشعور الشخص بالمرض ، أى أن النفس تتأثر هنا ماديا ومعنو يا ، وحين تمرض الكلى و يقل ترشيح السموم وتزداد

نسبتها فى الدم الواصل إلى الدماغ فتختل وظائفه و بالتالى تتأثر النفس ، هذا بالاضافة للأثر المعنوى لمرض الكلى .. و بالمثل هناك انعكاسات للنفس على البدن ، فالصراع النفسى يتحول إلى عرض جسمانى فى مرض الهستيريا مثل الشلل الهستيرى والعمى الهستيرى واحتباس الصوت ، وقد يحدث الصراع النفسى تغيرا فى بعض أنسجة الجسم كما يحدث فى الأمراض السيكوسوماتيه مثل قرحة المعدة والتهاب القولون المتقرح وارتفاع ضغط الدم .

و يتكامل الانسان (جسده ونفسه) مع مجتمعه ، فلا ينشأ فى فراغ ولكنه ينشأ فى أسرة أو على اسوأ تقدير يولد لأم (كما فى حالات السفاح وفاقدى الأب) ترضعه وترعاه و يرتبط بها وتلقنه قيمها ، ثم يحتاج فى مراحل لاحقة من حياته لمشاركة آخر له فى تزاوج يشبع حاجاته البيولوجية والنفسية وترتب على ذلك تكوين أسرة تنتمى إليه ويحقق اشباعا نفسيا واجتماعيا من خلالها .

وهكذا نرى أن التكامل سمة هامة بين أجهزة الجسم المختلفة و بين النفس والجسد و بين الانسان والمجتمع ، هذا بالاضافة إلى التكامل بين وظائف النفس المختلفة ، فالادراك المبنى على الذاكرة يؤثر فى الشعور (الوجدان) وهذا بدوره يؤثر فى التفكير الذى يترجم الى سلوك حركى أو لفظى ...

وحتى يتم فهم النفس ومايعترى الجسم من تغيرات ترتبط بالنفس فإننا سوف نعرض للجهاز العصبى كموطن مادى للنفس ، ومايتبعه من احساسات هى مسارات للادراك ، ومايحدث من تغيرات هرمونية تبعا لذلك بواسطة الجهاز الهرمونى .



الفصل الثالث

الجهاز العصبى

يعتبر الجهاز العصبى هو المهيمن على جميع وظائف الانسان والمنظم لها فتنتقل الاحساسات من جميع أجزاء الجسم إلى الجهاز العصبى الذى يفهمها و يفسرها و يتصرف بناءا على هذا الفهم تجاه المثيرات المختلفة سواء كانت داخلية أو خارجية ، كما أن سيطرته على الأجهزة الأخرى من خلال مراكز خاصة مثل مراكز تنظيم التنفس وتنظيم ضربات القلب ، يزيد من أهمية هذا الجهاز وصحته على جميع وظائف جسم الانسان .

و يقسم الجهاز العصبى إلى :ـــ

(١) الجهاز العصبى المركزى (C.N.S) (Central Nervous System)

(٢) الجهاز العصبى الطرفى (P.N.S)(Peripheral Nervous System)

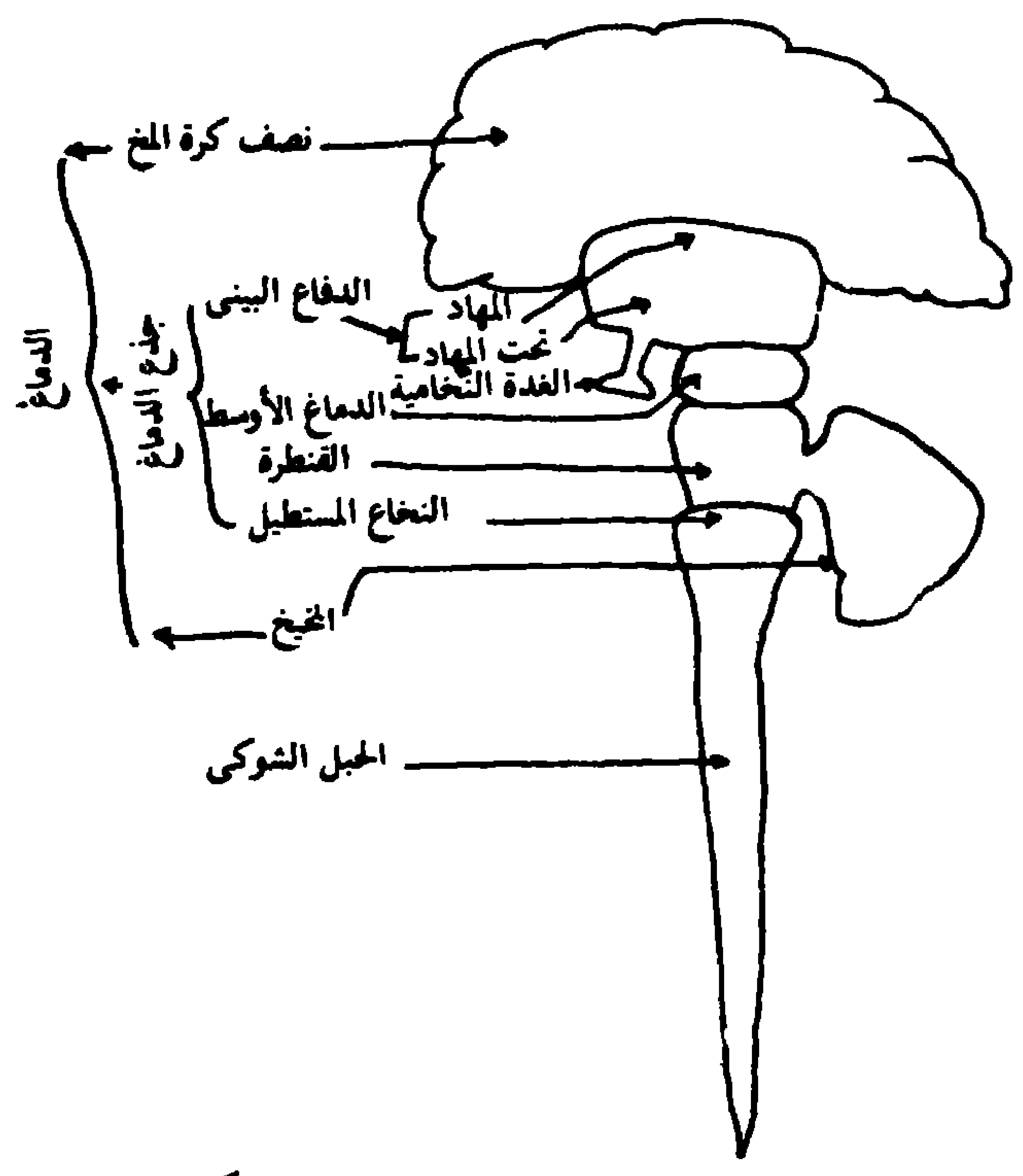
وسوف نتناول كل منهما بشىء من التفصيل فى الصفحات التالية .

أولا : الجهاز العصبى المركزى

و يتميز الجهاز العصبى المركزى بوجوده فى مركز الجسم وداخل عظام تحميه حيث يوجد الدماغ داخل الجمجمة بينما يقع النخاع الشوكى داخل العمود الفقرى الذى يتكون من عظام الفقرات ، كما يتغطى الجهاز العصبى المركزى بأغشية ثلاثة هى الأم الحنونة والغشاء العنكبوتى والأم الجافية ، وتكون الأم الجافية بطانة للعظام التى تحيط بالدماغ (الجمجمة) والحبل الشوكى (العمود الفقرى) مما ينشأ عنه فراغ تحت الجافية الذى يبطنه الغشاء العنكبوتى بدوره مكونا فراغ تحت العنكبوتية (Subarachnoid Space) الذى يمتلىء بالسائل النخاعى (السائل الشوكى) ..

تركيب الجهاز العصبى المركزى

يتكون الجهاز العصبى المركزى كما فى شكل رقم (١) من :ـ



شكل رقم (١) يبين الجهاز العصبى المركزى

(١)الدماغ (Brain) الذى يتكون بدوره من :ـــ

أـــ نصفى كرة المخ (Cerebral Hemispheres)

بــ الدماغ البنى (Diencephalon)

جـــ جذع الدماغ (Brain stem)

دـــ المخيخ (Cerebellum)

(٢) النخاع الشوكى (الحبل الشوكى) (Spinal Cord)

(١) الدماغ

و يتميز دماغ الانسان بتعقيد يدعو الى العجب ، فهو يحوى من الخلايا مايقرب من عشرة بلايين خلية عصبية ، وترتبط كل خلية بوصلات بينها و بين الخلايا الأخرى يتراوح عددها من خمسة آلاف إلى عشرين ألف وصلة .. و يزداد الاحساس بأهمية الدماع اذا عرفنا أن ما يصل إليه من الدماء هو ثلاثون بالمائة (٣٠٪) من الدم الخارج من البطين الأ يسر (أى الدم المؤكسج) ، وأن نسبة التمثيل الغذائى للدماغ تصل إلى أر بعين بالمائة (٤٠ ٪) من التمثيل الغذائى للجسم كله ، هذا برغم أن وزن الدماغ لا يتجاوز اثنان بالمائه (٢ ٪) من وزن الجسم .

أـــ نصفى كرة المخ

وهما أعلى أجزاء الدماغ و يفصل بينهما أخدود طولى من الأمام إلى الخلف إلا أنهما يرتبطان فى أسفل هذا الأخدود بواسطة الجسم الثفنى (Corpus Callusum) و يتميز سطح نصفى كرة المخ بوجود بروزات (نتوءات) وانخفاضات (أخاديد) .. و يتكون نصف كرة المخ من :ـــ

١ ـــ قشرة المخ (Cerebral Cortex) : وهى الجزء الخارجى من نصفى كرة المخ والذى يتكون من المادة الرمادية (أى التى تحتوى على أجسام الخلايا العصبية) وهو أهم أجزاء نصفى كرة المخ ، حيث يقوم بالوظائف العليا مثل التفكير والذاكرة والادراك .

٢ ـــ العقد القاعدية (Basal ganglia) وهى عبارة عن خلايا عصبية لتنظيم وضبط

الـحركة الإرادية بالإضافة إلى دورها فى تنظيم الحركات الانفعالية والحشوية المصاحبة للانفعالات .

٣ــ البطين الجانبي : وهو عبارة عن فراغ فى نصف كرة المخ على كل جانب ويمتلآن بالسائل النخاعى (الشوكى) .

أما باقى نصف كرة المخ فعبارة عن المادة البيضاء التى تمثل مسارات داخله أو خارجه من القشرة المخية .

و يقسم نصف كرة المخ إلى فصوص سميت حسب موقع كل فص وهى :ــ

١ ــ الفص الجبهى (الأمامى) : وهو مركز لأغلب الوظائف العليا مثل التفكير والادراك وادراك البيئة والانتباه والذاكرة .

٢ــ الفص المؤخرى (الخلفى) : وسمى كذلك لوقوعه فى الجزء الخلفى من الدماغ وهو خاص باستقبال المسارات البصرية وفهمها أى أنه يتعلق بالادراك البصرى .

٣ــ الفص الصدغى : و يستقبل المسارات القادمة من الأذنين حيث يعمل كمركز للسمع .

٤ ــ الفص الجدارى : ويختص بالاحساس غير المتخصص مثل اللمس والألم والتغير فى درجة الحرارة .

و يعتبر أحد نصفى كرة المخ سائدا (Dominant) إذا وجد فيه مركز الكلام ، وعليه تتوقف الجانبية اليدوية ، حيث يقع هذا المركز فى النصف الأيسر لكرة المح و يكون هو السائد فى حالة الاشخاص الذين يجيدون استخدام أيديهم اليمنى ، وإذا وجد مركز الكلام فى النصف الأيمن لكرة المخ كان هو السائد وكان الشخص أعسر يجيد استخدام يده اليسرى .. و يتميز النصف السائد بالقدرة اللفظية والتفكير المتسلسل المنطقى و يهتم بالتفاصيل ، بينما يتميز النصف غير السائد بقدرته على التفكير الحدسى والفنى والموسيقى والقدرة على التجميع والنظرة الكلية للأمور.

ب ــ الدماغ البينى

وهى المنطقة التى تقع أسفل نصفى كرة المخ وأهم مكوناتها الأجزاء التالية :ــ

١ ــ المهاد (Thalamus)

٢ ــ المهيد (تحت المهاد) (Hypothalamus)

٣ ــ البطين الثالث (Third Ventricle) وهو الفراغ الذى يفصل بين المهاد الأيمن والأيسر.

١ ــ المهاد

وهو عبارة عن تجمعات من الخلايا تسمى الأنوية ، وهى تعمل كمركز تحتى لقشرة المخ حيث تتولى استقبال الاحساسات القادمة إلى قشرة المخ وتهذيبها قبل وصولها للقشرة (أى أن المهاد يعمل كسكرتير لقشرة المخ فيما يتعلق بالاحساسات) ، ونظرا لاتصاله بالمهيد والفص الجبهى فإنه يشترك فى تكوين السلوك الانفعالى والسلوك الاجتماعى ، و يوجد مهاد على كل جانب يفصل بينهما البطين الثالث .

٢ ــ تحت المهاد (المهيد)

و يعتبر المهيد مركزا عصبيا هاما يقع تحت المهاد و يتكون من مجموعات من الخلايا العصبية تسمى الأنوية ، وترجع أهمية المهيد إلى وظائفه الهامة والعديدة والتى نوردها فيما يلى :ــ

١ ــ التحكم فى نشاط الجهاز العصبى المستقبل الذى يتكون من السمبتاوى (Sympathetic) ونظير السمبتاوى (Parasympathetic) ، حيث توجد أنوية خاصة (مجموعة من الخلايا العصبية) متخصصة لضبط نشاط الجهاز العصبى المستقل وهذا الجهاز بدوره يتحكم فى حالة الأحشاء الداخلية مثل القلب والأوعية الدموية والجهاز الهضمى والجهاز التنفسى ، فمثلا عندما يدرك الشخص شيئا ما يثير انفعالا معينا (كالخوف عند مشاهدة حيوان مفترس فى

الخلاء ، أو السرور عند مشاهدة مفاجأة باعثة على السرور) فإن ما يحدث هو فهم هذا المثير (الحيوان أو موضوع المفاجأة) واستدعاء الخبرة الماضية للمثير المرتبطة بالمشاعر المناسبة ، الأمر الذى يؤثر فى المهيد و ينتقل ذلك إلى الجهاز العصبى المستقل (عن طريق أنو ية التحكم الموجودة بالمهيد) و بذلك تحدث التغيرات الحشو ية المناسبة ، فيزداد معدل ضربات القلب ومعدل التنفس و يتوقف الهضم وتغلق فتحات الاخراج إلى غير ذلك من التغيرات التى تهدف إلى تكيف الانسان فى المواقف المختلفة .

٢ ـ تنظيم النشاط الهرمونى : فالمهيد ينظم إفراز الغالبية العظمى من هرمونات الغدة النخامية الأمامية ، وذلك عن طريق الأ وعية الدمو ية التى تر بط بينهما ، و يتم ذلك بواسطة ارسال عوامل مفرزة تعتبر إشارات كيميائية إلى الغدة النخامية الأمامية فتطلق أغلب هرموناتها وهى :ـ

ـ هرمون النمو .
ـ هرمون مغذى الغدة الدرقية .
ـ هرمون مغذى الغدة الادرينالية .
ـ هرمون مغذى الغدة البنكرياسية .
ـ هرمون معذى الغدد التناسلية .

كما يتم تكو ين هرمونات الغدة النخامية الخلفية فى المهيد نفسه ، ثم تنتقل إلى الغدة النخامية الخلفية (الفص الخلفى) التى تخزنها ، ثم تفرز منها بناء على تحكم المهيد .

٣ ـ تنظيم مستوى (منسوب) الماء فى الجسم : حيث أن التغير فى الضغط الأسموزى للسائل المحيط بالخلايا (بالزيادة مثلا) ينبه مستقبلات الضغط الاسموزى التى توجد فى خلايا عصبية معينة بالمهيد مما يجعله (أى المهيد) يعطى أمرا بافراز هرمون رافع الضغط من الفص الخلفى للغدة النخامية .. وهذا الهرمون يقلل من افراز كمية البول و يزيد من كمية ومنسوب الماء بالجسم، بينما التغير فى الضغط الاسموزى بالنقص نتيجة لزيادة كمية السائل المحيط بالخلايا ، يؤدى إلى نقص افراز الهرمون و بالتالى زيادة كمية التبول و يصل منسوب الماء

بالجسم إلى المعدل المناسب .. وإذا قلت نسبة افراز هذا الهرمون لسبب ما عن المعدل الطبيعى فإن كمية المياه المفقودة فى عملية التبول تزداد بدرجة كبيرة و يشرب الشخص كميات كبيرة من الماء ، وهذا ما نطلق عليه مرض السكر الكاذب (Diabetes inspidus) .

٤ ــ تنظيم عملية التمثيل الغذائى (الأ يض) : حيث يؤثر المهيد فى إفراز عدد من الهرمونات التى تنظم عملية الأ يض وهى هرمون مغذى الغدة الدرقية وهرمون مغذى البنكرياس وهرمون الأدرينالين ، هذا بالإضافة إلى وجود مركزين أحدهما للجوع والآخر للشبع ، ولوحظ أن تلف أحدهما يؤدى إلى فقدان الشهية للطعام التى قد تؤدى إلى الموت جوعا أو النقص الشديد فى الوزن ، بينما تلف الآخر يسبب شرها فى تناول الطعام ونهم لا يوقفه احساس بالشبع ينتج عنه سمنة مفرطة .

٥ ــ تنظيم درجة حرارة الجسم : يعتبر المهيد مركز تنظيم درجة حرارة الجسم ، فهو يرصد التغيرات فى درجة حرارة الدم نتج عن ذلك زيادة نشاط الجهاز السمبتاوى الذى يزيد من معدل التمثيل الغذائى بالجسم ويحدث رعشة بالجسم وهاتان من معدل توليد الحرارة كما يضيق الشرايين المغذية للجلد و يوقف إفراز العرق فيقلل بذلك من فقد الحرارة ، أى أن الحرارة الناتجة تزيد والمفقودة تقل فترتفع بذلك درجة حرارة الجسم .. وفى حالة زيادة الحرارة يحدث العكس فتتسع الشرايين المغذية للجلد و يزداد افراز العرق و ينشأ عن ذلك فقد للحرارة يخفض من درجة حرارة الجسم .

٦ ــ التعبير الانفعالى : لوحظ أن تلف المهيد يؤدى إلى اختفاء التعبير الانفعالى المصاحب للانفعالات المختلفة وذلك لأن المهيد يعتبر مركزا هاما من مراكز الانفعال الذى يظهر من خلال تحكمه فى الجهاز العصبى المستقل .

٧ ــ تنظيم اليقظة والنوم : يعتقد أن هناك فى المهيد مركز للنوم وآخر لليقظة وأنه عندما ينشط أحدهما يثبط الآخر .. و يقع مركز النوم على مقربة من مركز التحكم فى الباراسمبتاوى ، بينما يقع مركز اليقظة بالقرب من مركز التحكم فى السمبتاوى ، وإصابة هذا الجزء تؤدى إلى حدوث النوم الانتيابى (Narcolepsy) وهو النوبات المتقطعة من النوم اللاارادى ، أو يؤدى إلى النوم الكثير الممتد لفترات طويلة (Hypersomnia)

٨ــ التحكم فى السلوك الجنسى ; فلقد لوحظ أن إثارة أجزاء معينة من المهيد تؤدى إلى انتصاب القضيب وممارسة الجنس لدى القرود ، كما أن تلف أجزاء معينه من المهيد الأمامى (الجزء الأمامى) يؤدى إلى فقد الاهتمام بالناحية الجنسية .

٩ــ تنظيم ضغط الدم : فعن طريق تحكم المهيد فى الجهاز العصبى المستقل (السمبتاوى) يتم التحكم فى ضيق أو اتساع الأوعية الدموية مما يزيد أو يخفض من ضغط الدم ، كما أن إطلاق هرمون الأدرينالين والنوردأد رينالين من الغدة الأدرينالية (تحت تأثير المهيد الذى يسبب افراز هرمون مغذى الأدرينالين من الغدة النخامية) وزيادة هذا الهرمون تضيق من سعة الشرايين وتزيد من معدل ضربات القلب فيرتفع ضغط الدم .

جــ جذع الدماغ

يتكون جذع الدماغ من :ــ

١ ــ الدماغ الاوسط (Mid Brain)

٢ ــ القنطرة (الجسر) (Pons)

٣ــ النخاع المستطيل (Medulla Oblongata)

١ ــ الدماغ الأوسط :

وهو أقصر أجزاء جذع الدماغ وأعلاها و يقع أسفل الدماغ البينى وفوق القنطرة ، وتوجد به المراكز السفلى للبصر والمراكز السفلى للسمع ، كما يتصل بالمخيخ والدماغ الأمامى ، و به نواة كل من العصب الثالث[١] (محرك مقلة العين) ونواة العصب الرابع (البكرى) بالاضافة إلى جزء من نواة العصب الخامس (ثلاثى التوائم) ، كما تأخذ المسارات الصاعدة والنازلة من وإلى قشرة المخ مكانها فى الدماغ الأوسط .

---

(١) العصب الثالث : عصب جمجمى لأنه يخرج من الجمجمة وسوف نورد تفصيلا لها بعد ذلك .

٢ ــ القنطرة :

تقع القنطرة أسفل الدماغ الأوسط وفوق النخاع المستطيل ويجاورها من الخلف المخيخ وترتبط به بوصلات خاصة ، وتحتوى على عدد من أنوية الأعصاب الجمجمية هي نواة العصب السادس (المبعد لمقلة العين) ونواة العصب السابع (الوجهى) ونواة العصب الثامن (القوقعى الدهليزى) بالإضافة إلى نواة جزئية للعصب الخامس (ثلاثى التوائم) ، كما أن المسارات الصاعدة والنازلة من و إلى قشرة المخ تأخذ مكانها فى القنطرة أيضا .

٣ ــ النخاع المستطيل (البصلة) :

و يقع النخاع المستطيل أسفل القنطرة وامتداده السفلى هو الحبل الشوكى (النخاع الشوكى) ويحتوى على الأنوية الخاصة بكل من العصب التاسع (اللسانى البلعومى) والعصب العاشر (الحائر) والعصب الحادى عشر (الإضافى) والعصب الثانى عشر (تحت اللسانى) ، كما أن المسارات الصاعدة والنازلة من وإلى الدماغ تأخذ مكانها فى النخاع المستطيل .

د ــ المخيخ

يوجد المخيخ فى المنطقة الخلفية (القفوية) من الجمجمة و يقع إلى الخلف من جذع الدماغ ، و يتكون من فص أمامى وفص خلفى و يطلق عليهما المخيخ القديم بالإضافة إلى الفص الأوسط و يطلق عليه المخيخ الحديث .. و يعتبر المخيخ الحديث أكثر نموا فى الانسان عنه لدى الحيوانات الأخرى .

ومن أهم وظائف المخيخ عامة ما يلى :ــ

١ ــ المحافظة على اتزان ووضع الجسم بمساعدة جهاز الاتزان الموجود فى الأذن ، حيث لوحظ أنه عند حدوث تلف فى المخيخ القديم (الفص الأمامى والفص الخلفى) ينتج عدم الاتزان و يصبح الشخص مترنح المشية ولا يستطيع المحافظة على توازنه عندما يقف و يغمض عينيه .

٢ ــ تيسير الحركات الإرادية : بأن ينسق بين انقباض العضلات المختلفة بما يحقق

سهولة الحركة وتيسرها ، و يتم هذا من خلال استقباله للاشارات القادمة من العضلات والاشارات البصرية والحسية وتنسيقه فيما بينها .

وهكذا نرى وظيفة المخيخ هى ضبط الحركة ودقتها وتحقيق التوازن للجسم فى أوضاعه المختلفة .. كما أن إصابة المخيخ تسبب تغيرات تتعلق بفقد وظيفته على نفس الجانب من الجسم (الأيمن أو الأ يسر) ومن هذه التغيرات مايلى :ـــ

١ ـــ ترهل العضلات وضعفها وسرعة الاجهاد .

٢ ـــ الرنح وهو عدم القدرة على ضبط الحركة وعدم تناسقها .

٣ ـــ الخطأ فى تقدير المسافة والاتجاه ومدى الحركة اللازمة لفعل ما .

٤ ـــ وجود رعشة قصدية أثناء الحركة الهادفة تزيد كلما اقتربت الحركة من الهدف المتجهه اليه .

٥ ـــ صعوبة إخراج الكلام بسبب عدم التنسيق بين عضلات الكلام .

(٢) النخاع الشوكى (الحبل الشوكى)
(Spinal Cord)

يكون الامتداد السفلى للنخاع المستطيل النخاع الشوكى الذى يتخذ شكل اسطوانة مفلحطة بعض الشيء وممتد من قاعدة الجمجمة (أى عند بداية العمود الفقرى)[١] إلى الحافة السفلى للفقرة القطنية الأولى ، و يتغلف النخاع الشوكى بنفس الأغلفة الثلاثة التى تغلف الدماغ ـــ و يثبت النخاع الشوكى فى القناة الفقارية بواسطة :ـــ

١ ـــ الخيط الانتهائى الذى يربط النخاع الشوكى الى العصعص . [٢]

---

(١) العمود الفقرى : يتكون من مجموعة من الفقرات العظمية (٧عنقية، ١٢ظهرية، ٥قطنية والعجز من خمس فقرات ايضا بالاضافة الى العصعص) .

(٢) العصعص : وهو الجزء العظمى الأخير من العمود الفقرى وطرفه العلوى الى العجزو طرفه السفلى حر.

٢ ــ أربطة على الجانبين تربطه إلى الأم الجافية (المتصلة بدورها بعظام العمود الفقرى) .

ويخرج من النخاع الشوكى أزواج متقابلة من الأعصاب تسمى الأعصاب الشوكية و يبلغ عددها واحد وثلاثون زوجا هم :ــ

١ ــ ثمانية أزواج عنقية (أى تخرج من المنطقة العنقية فى الحبل الشوكى) .

٢ ــ اثنا عشر زوجا ظهرية (صدرية) أى تخرج من المنطقة الصدرية فى الحبل الشوكى .

٣ ــ خمسة أزواج قطنية تخرج من المنطقة القطنية من الحبل الشوكى .

٤ ــ أربعة أزواج عجزية تخرج من منطقة العجز فى الحبل الشوكى .

٥ ــ زوج واحد من الأعصاب يسمى العصعصى لأنه يخرج من المنطقة العصعصية فى الحبل الشوكى .

و يظهر النخاع الشوكى فى قطاعه المستعرض من مادة سنجابية (رمادية) على شكل (H) ويحيط بها المادة البيضاء و بينما تكون المادة الرمادية الخلايا العصبية فإن المادة البيضاء تكون المسارات الصاعدة والهابطة والجزء الأمامى من المادة الرمادية يشمل الخلايا العصبية المختصة بالحركة بينما يشمل الجزء الخلفى الخلايا العصبية المختصة بالاحساس .

و يعتبر النخاع الشوكى امتداد الدماغ فى جذع الانسان ، ولذا فهو مركز للأفعال المنعكسة أى التى تحدث دون عمليات الدماغ من التفكير والذاكرة وغيرهما من العمليات العقلية ، وذلك مثل سحب اليد السريع الذى ينتج عند الوخز بدبوس .. كما يعتبر النخاع الشوكى مركز توصيل وسيط للاحساسات من أعضاء الجسم المختلفة إلى الدماغ ، ومركز وسيط أيضا لتوصيل الأوامر الحركية من الدماغ إلى الأطراف والأعضاء .

ثانيا ــ الجهاز العصبي الطرفي

(Peripheral Nervous System)

يشمل الجهاز العصبى الطرفى كل من :ــ

١ ــ الأعصاب الجمجمية (القحفية) .

٢ ــ الأعصاب الشوكية .

٣ ــ الجهاز العصبى المستقل (التلقائى) .

١ ــ الأعصاب الجمجمية

(Cranial Nerves)

وهى الأعصاب التى تخرج من الجمجمة وتنشأ من أنو ية خاصة لكل منها فى مناطق مختلفة من الدماغ ، وعددهم اثنا عشر زوجا ، و يتوزع كل زوج إلى أيمن وأيسر ، ونظرا لأهمية هذه الأعصاب فإن كل منها سمى بالرقم الذى رتب عليه أو سمى طبقا لوظيفته التى يؤديها ، وهم على الترتيب كما يلى :ــ

١ ــ العصب الجمجمى الأول : ويسى العصب الشمى لاختصاصه بوظيفة الشم .

٢ ــ العصب الجمجمى الثانى : و يسمى العصب البصرى لاختصاصه بوظيفة الإبصار .

٣ ــ العصب الجمجمى الثالث : و يسمى العصب محرك مقلة العين .

٤ ــ العصب الجمجمى الرابع : و يسمى العصب البكرى وهو محرك لاحدى العضلات التى تحرك مقلة العين .

٥ ــ العصب الجمجمى الخامس : و يسمى ثلاثى التوائم وهو محرك لعضلات المضغ كما ينقل الاحساس من الوجه ونصف فروة الرأس الأمامى والفم .

٦ ــ العصب الجمجمى السادس : و يسمى المبعد لأنه محرك للعضلة التى تبعد بين مقلتى العينين .

٧ ــ العصب الجمجمى السابع : و يسمى العصب الوجهى لأنه يحرك عضلات الوجه ، ولكنه يشمل بالاضافة إلى ذلك جزء خاص بإحساس التذوق ينقله من

الثلثين الأماميين من اللسان، وجزء باراسمبتاوى خاص بالغدد اللعابية، ولذا فإن هذا العصب يعمل إراديا ـ (كمحرك لعضلات الوجه) و يعمل لا إراديا ضمن الجهاز العصبى المستقل (فى جزئه الباراسمبتاوى) .

٨ ـ العصب الجمجمى الثامن : و يسمى العصب السمعى الدهليزى القوقعى ، وهو عصب حسى يختص بالسمع والاتزان .

٩ ـ العصب الجمجمى التاسع : و يسمى العصب اللسانى البلعومى وهو محرك لعضلات البلعوم و ينقل الاحساس من البلعوم واللسان بالإضافة إلى جزء باراسمبتاوى .

١٠ ـ العصب الجمجمى العاشر : و يسمى العصب الحائر لتعدد وظائفه فهو محرك لعضلات البلعوم والحنجرة وسقف الحلق بالإضافة إلى نقله الإحساس من الأحشاء الداخلية ، كما يعطى الامداد الباراسمبتاوى للأحشاء أيضا .

١١ ـ العصب الجمجمى الحادى عشر : وهو العصب الإضافى الذى يحرك عضلتين بالرقبة هما العضلة القصية الخشائية والعضلة شبه المنحرفة .

١٢ ـ العصب الجمجمى الثانى عشر : و يسمى العصب تحت اللسانى وهو محرك لعضلات اللسان .

٢ ـ الأعصاب الشوكية

(Spinal Nerves)

وتسمى بالأعصاب الشوكية لأنها تخرج من النخاع الشوكى ، وعددها واحد وثلاثون زوجا أحدهما أيمن والآخر أيسر ، وتقسم الأعصاب الشوكية إلى مجموعات حسب المنطقة التى تخرج منها وهى :

١ ـ مجموعة الأعصاب الشوكية العنقية وعددها ثمانية أزواج ، وتخرج من المنطقة العنقية .

٢ ـ مجموعة الأعصاب الشوكية الصدرية وعددها اثنا عشر زوجا وتخرج من المنطقة الصدرية .

٣ــ المجموعة القطنية من الأعصاب الشوكية عددها خمسة أزواج ، وتخرج من المنطقة القطنية .

٤ ــ مجموعة الأعصاب العجزية وعددها خمسة أزواج وتخرج من المنطقة العجزية .

٥ ــ زوج واحد من الأعصاب الشوكية وهوآخرها و يسمى العصب العصعصى .

وكل من هذه الأعصاب الشوكية يتكون من جزئين أحدهما أمامى مختص بالحركة والثانى خلفى مختص بالاحساس (عند خروجها من النخاع الشوكى) ثم يندمجان معا ليكونا عصبا تختلط فيه الألياف الحسية مع العصبية الحركية و بعد هذا الاختلاط ينقسم العصب الواحد إلى فرعين امامى وخلفى ، حيث يغذى الأمامى الجذع من الأمام بالحس والحركة و يغذى الخلفى الجذع والأطراف من الخلف بالإحساس والحركة أيضا ، وتتجمع بعض الأعصاب الشوكية معا لتكون ضفائر عصبية ، تسمى حسب المنطقة التى تخرج منها مثل الضفيرة العنقية بالعنق والضفيرة العضدية بالعضد والضفيرة العجزية بالعجز .

ونظرا لانتهاء النخاع الشوكى عند مستوى أعلى من نهاية العمود الفقرى وقصر المناطق المختلفة عن مثيلتها (المنطقة المناظرة لها) من العمود الفقرى ، فإن الأعصاب الشوكية تتدلى من النخاع الشوكى هابطة إلى مستواها المقابل من العمود الفقرى و يزداد هذا التدلى كثافة وميلا كلما اقتربنا من نهاية الحبل الشوكى حتى يتكون عند نهايته مايشبه ذيل الحصان من الأعصاب المتدلية الكثيفة .

٣ــ الجهاز العصبى المستقل (التلقائى)

(Autonomic Nervous System)

ينظم الجهاز العصبى المستقل سائر الوظائف الحشو ية اللاإرادية بحيث يضمن لها مستوى مناسب من الأداء يتلاءم مع الحالة التى يواجهها الانسان .. و ينقسم هذا الجهاز إلى قسمين هما :ــ

١ ــ الجهاز العصبى السمبتاوى (Sympathetic Nervous System)

٢ــ الجهاز العصبى نظير السمبتاوى (جار السمبتاوى)

(Parasympathetic Nervous System)

وهذا ان الجهازان يعملان متوازيان بحيث إذا ازداد نشاط أحدهما طبقا لظروف معينه فإن الآخر يخفض من نشاطه حتى لا يحدث تعارض بينهما ، و يبدى كلاهما فى الظروف العادية قدار مناسبا من النشاط .. ولكل من هذين الجهازين وظائف خاصة نفصلها فيما يلى :ــ

اولا : الجهاز السمبتاوى

يعمل الجهاز السمبتاوى على إعداد الجسم لمواجهة حالات الشدة التى تتمثل فى القتال أو الهرب (Fight or Flight) ولذا فهو يزيد انتاج الطاقة لعمل سائر الأجهزة ، و بذلك يحفز وظائف الجسم المختلفة و يرفع من أدائها وقدرتها وذلك عن طريق الآتى :ــ

١ ــ زيادة عمليات التمثيل الغذائى :

عند مواجهة مواقف الخطر أو الشدة فإن هذا الجهاز ينشط الغدةالكظرية لا فراز هرمونات ، فيزداد هرمون الأدرينالين و ينشط الكبد لتكسير الجليكوجين إلى سكر الجلوكوز، فيرتفع معدل السكر فى الدم و يرتفع معدل التمثيل الغذائى و يترتب عليه زيادة انتاج الطاقة اللازمة لأداء الجسم لوظائفه المختلفة .

٢ ــ تغير نشاط القلب والأوعية الدموية :

يقوم الجهاز السمبتاوى بتنشيط عضلة القلب ، فيرفع من قدرتها على الانقباض وعلى توصيل النبضات الكهربائية ، و بالتالى يزيد من مدفوع القلب من الدماء ، و يستلزم هذا زيادة الدماء المغذية لعضلة القلب فتتسع الشرايين التاجية للقيام بهذه الوظيفة ، إلا أنه فى بعض الأحيان تضيق هذه الشرايين بزيادة النشاط السمبتاوى ، مما قد يؤدى إلى الاصابة بجلطة الشرايين التاجية عند مواجهة المواقف البالغة الشدة .. .

أما بالنسبة لباقى الأوعية الدموية فيضيق قطرها بزيادة نشاط الجهاز العصبى السمبتاوى عدا الأوعية الدموية المغذية للعضلات فإنها تتسع ، و بذلك يرتفع ضغط الدم الشريانى بوجه عام فيزيد من ارتشاح الدم إلى خلايا المخ التى

تحتاج المزيد لمواجهة الظروف الخطرة ، كما تستطيع العضلات بزيادة تغذيتها القدرة على مواجهة موقف القتال أو الهرب ، و يتأخر إحساس الفرد بالاجهاد بسبب زيادة الوارد الدموى ، وعدم تراكم نواتج التمثيل الغذائى .

٣ ــ زيادة نشاط الجهاز التنفسى :

ان زيادة نشاط السمبتاوى تزيد من نشاط الجهاز الدورى وهذا يتطلب زيادة الوارد من الاكسجين إلى الأنسجة المختلفة ، لذا فإن الجهاز التنفسى يؤدى هذه الوظيفة فتتسع الشعب الهوائية لتسمح بدخول كمية كبيرة من الهواء و بالتالى من الاكسجين اللازم لمواجهة الظروف .

٤ ــ تقليل نشاط الجهاز الهضمى :

تؤدى إثارة الجهاز السمبتاوى إلى إفراز لعابا لزجا كثيفا قليل الماء عالى التركيز بالخمائر ، وهذا مانلاحظه عند الانفعالات الشديدة ، إذ يجف الحلق و يصعب البلع . وأما المعدة والأمعاء فإن الجهاز السمبتاوى يعمل على إثارة العضلات العاصرة فتغلق الفتحات مع استرخاء عضلات الجدر ، وهذا يؤدى إلى قلة الحركة واستبقاء الطعام ، وتقل قدرة المعدة والأمعاء فى الإفراز للعصارات الهاضمة ، وإذا طالت فترة نشاط السمبتاوى فإن ذلك يسبب عسر الهضم وتراكم الغازات والامساك .

٥ ــ زيادة نشاط الجهاز العضلى :

حيث أن زيادة الدم الواصل إلى العضلات لاتساع الشرايين الموصلة إليها مع زيادة إفراز الناقلات العصبية الكميائية الواصلة إلى العضلات يزيد من توتر العضلات مما يسبب رعشة فى الأطراف أو اختلاجات فى بعض عضلات الجسم .

٦ ــ نقص إثارة الجهاز التناسلى :

حيث تؤدى زيادة نشاط السمبتاوى إلى انقباض جدران الحو يصلة المنو ية

فيحدث القذف ، كما يؤدى إلى انقباض الأوعية الدموية فى الأنسجة الاسفنجية فى القضيب والبظر مما يؤدى إلى نقص الاثارة الجنسية (الانتصاب)(٣)

٧ ـ اختزان البول :

فنشاط السمبتاوى يثير العضلات العاصرة ويحدث استرخاء لجدران المثانة فيسبب اختزان البول ، رغم زيادة الدم الواصل إلى الكليتين .

ثانيا : الجهاز نظير السمبتاوى

وهو على العكس من السمبتاوى يعد الجسم لحالات الاسترخاء والهدوء وتعويض فاقد الطاقة ، فهو جهاز بناء (anabolic) فى حين ان الجهاز السمبتاوى جهاز هدم (catabolic) أى يسبب فقد الطاقة ...

١ ـ تقليل نشاط القلب والأوعية الدموية :

وهذا الجهاز يعمل على تثبيط عضلة القلب ، فيقلل من قدرتها على الانقباض أو من معدل ضربات القلب وكفاءته على العمل .

أما الأوعية الدموية فإنها تتسع أقطارها بشكل عام فى زيادة من نشاط الجهاز نظير السمبتاوى ماعدا الشرايين التاجية فإنها تنقبض ، ولكن توجد بعض الأوعية الدموية لاتخضع لسيطرة هذا الجهاز مثل التى تغذى الجلد والعضلات فإنها تحت سيطرة السمبتاوى فقط .

٢ ـ تقليل نشاط الجهاز التنفسى :

تضييق الشعب الهوائية و يزداد إفرازها المخاطى و يقل معدل التنفس ، وهذا مايحدث أثناء النوم .

٣ ـ زيادة نشاط الجهاز الهضمى :

يزيد نظير السمبتاوى من عملية الهضم والإخراج حيث يثبط العضلات العاصرة

---

(٣) سوف نفصل ذلك فى عرض الوظيفة الجنسية .

فيؤدى إلى اتساعها كما يساعد في انقباض جدر الأمعاء و بهذا يساعد على تفريغ المعدة والأمعاء والحو يصلة الصفراو ية وكذلك محتو يات المستقيم (العضلات) فيؤدى إلى عملية التبرز ، كما يزيد من افرازات المعدة والأمعاء .

٤ ـ إثارة الجهاز التناسلي :
تؤدى زيادة نشاط الجهاز العصبى نظير السمبتاوى إلى اتساع الأ وعية الدمو ية فى الأنسجة الاسفنجية القابلة للانتصاب وهى القضيب فى الذكر والبظر فى الأنثى ، وهذا يؤدى إلى حدوث الانتصاب وهى مرحلة الإثارة اللازمة للعملية الجنسية .

٥ ـ تيسير عملية التبول :
وذلك عن طريق تثبيط العضلات العاصرة لفتحة المثانة وانقباض الجدران فيحدث التبول .

و يعمل الجهاز العصبى المستقل تحت سيطرة المهيد(٤) الذى يخضع بدوره لسيطرة قشرة المخ .. ورغم أن الجهاز لا إرادى فى عمله إلا أن هناك بعض الوظائف الخاصة به تخضع لتحكم إرادى مثل عملية التبول والتبرز ، حيث يساعد الجهاز السمبتاوى على اختزان البول والبراز ، بينما يساعد الجهاز نظير السمبتاوى على التخلص منهما ، ولكن هاتان الوظيفتان تخضعان لسيطرة إرادية عن طريق بعض الاعصاب الإدارية التى تحكم عضلات إرادية تسمى العاصرة الخارجية .. فإذا امتلاءت المثانة بالبول أو امتلأ المستقيم بالبراز شعر الانسان بالرغبة فى الاخراج ، ولكنه يخضع ذلك لمقتضيات الظروف المحيطة ، فإذا كان الموقف مناسبا قامت قشرة المخ بارسال إشارات مثبطة للعضلات العاصرة الخارجية (الادارية) فتسترخى و بذلك تعطى الفرصة لعمل الجهاز نظير السمبتاوى فيقوم باخراج الفضلات بولا أو برازا ، بينما يحدث العكس إذا كان الموقف غير مناسب حيث ترسل قشرة المخ نبضات منشطة تنقبض على أثرها العضلة العاصرة الخارجية (الارادية) فيثبط ذلك عمل الجهاز نظير السمبتاوى و ينشط الجهاز السمبتاوى فيمسك الانسان عن الاخراج .

(٤) وسبق تفصيل المهيد ووظائفه

كما أن بعض الذين يمارسون رياضات معينة (مثل اليوجا) تنمو لديهم قدرات خاصة من التحكم الارادى فى وظائف أحشائهم لدرجة يستطيع بها أحدهم أن يسرع أو يبطىء ضربات قلبه ..

وهكذا نرى أن الجهاز العصبى المستقل لا يعمل مستقلا تمام الاستقلال ولكنه تحت السيطرة الارادية ، لكى يتم التوازن بين العلميات الإرادية واللاإرادية .

الاحساسات

(Sensations)

لكى يتفاعل الجهاز العصبى مع البيئة المحيطة به لابد له من جهاز ينقل إليه المعلومات عن هذه البيئة ، وهذا الجهاز يتمثل فى الاحساسات التى تتم بطرق مختلفة ، وتتخصص فى نقل مختلف المثيرات من الصوت والضوء إلى الروائح والطعوم (المذاقات) والملمس .

وتتميز الاحساسات بوجود مستقبلات لها طرفية فى الجسم تنقل الاحساس إلى ألياف عصبية خاصة ومنها إلى مسارات عصبية خاصة حيث تصل فى نهاية الأمر إلى مركز الاحساس بقشرة المخ .

والاحساسات متنوعة منها ماهو سطحى ومنها ما هو عميق وما هو قشرى بالاضافة إلى الاحساسات الخاصة .

أولا : الاحساسات السطحية

(Superficial Sensations)

وهى الاحساسات التى تعتبر مستقبلاتها سطحية ، وترتبط بسطح الجسم أى الجلد وتشمل الاحساسات السطحية مايلى :

١ ــ الاحساس بالألم : مثل الشعور بوخزة الدبوس الذى ينقل من الجلد بواسطة نهايات عصبية دقيقة عارية ثم إلى الأعصاب الطرفية الشوكية ، ثم إلى الحبل الشوكى ، حيث تصعد فى مسارات خاصة ثم تعبر إلى الجانب الآخر وتصل إلى القشرة الحسية للمخ مرورا بالمهاد .

٢ ـ الاحساس بالتغير فى درجة الحرارة : أى الاحساس بالبرودة أو السخونة و ينقل بواسطة مستقبلات خاصة بالجلد (عبارة عن تجمعات كرو ية من الأعصاب تسمى بصيلات كراوس فى حالة البرودة ، وكريات أخرى تسمى كريات رفينى لاستقبال الاحساس بالسخونة ، ثم من المستقبلات إلى الأعصاب الطرفية الشوكية إلى النخاع الشوكى بحيث تصعد فى مسارات خاصة ، ثم تعبر إلى الجانب الآخر ، وتصل إلى قشرة المخ مرورا بالمهاد .

٣ ـ الإحساس باللمس : ونقصد به اللمس الخفيف و يستقبل بواسطة كريات مينر ثم إلى الأعصاب الطرفية الشوكية فالحبل الشوكى حيث يصعد فى مسارات خاصة لاتلبث أن تعبر الى الجانب المقابل صاعدة إلى المهاد ثم إلى قشرة المخ .

ويختلف توزيع الاحساسات السطحية من مكان إلى آخر بالجسم حيث تكثر المستقبلات فى بعض المناطق دون بعض مثل أطراف الأصابع .

ولاتخفى أهمية الاحساسات السطحية فالجلد يعتبر هو الدرع الواقى للجسم وهو خط الدفاع الأ ول ضد الاختراق باحساس الألم أو الاحتراق باحساس الحرارة أو التجمد باحساس البرودة ، و بناء على المعلومة الحسية القادمة يتفاعل الجسم بتنظيماته المختلفة كيميائية أو عصبية .

ثانيا : الاحساسات العميقة

(Deep Sensations)

وهى التى يتم استقبالها بواسطة تراكيب عميقة قد ترتبط بالعضلات والأ ربطة حول المفاصل (وهى تساعد الجهاز العصبى فى معرفة وضع الجسم وحالة انقباض أو ارتخاء العضلات المختلفة فى الجسم) ، أو ترتبط بالأحشاء الداخلية (وهى التى تنقل الاحساس بامتلاء الأحشاء أو خلوها) .

١ ـ الاحساس بالوضع : (Sense of Position)

و يتم استقبال هذا النوع من الاحساس بواسطة مستقبلات خاصة فى العضلات والمفاصل ثم تنقلها الأعصاب الطرفية إلى مسارات خاصة فى النخاع

الشوكى حيث تصعد إلى قشرة المخ .. و يشارك فى الاحساس بالوضع المستقبلات البصرية فى العينين ومستقبلات الا تزان فى الأذن الداخلية .

٢ ــ الإحساس بالحركة (Sense of Movements)

و ينقل بواسطة المستقبلات فى العضلات والمفاصل وتأخذ نفس مسارات الاحساس بالوضع .

٣ ــ الاحساس الحشوى (Visceral Sensations)

وهو الاحساس المرتبط بحالة الأحشاء الداخلية مثل امتلاء المعدة أو المثانة أو القولون أو خلوها ، لذلك فهو ينقل الاحساس بالجوع والشبع والمغص من الأحشاء إلى قشرة المخ .

ثالثا : الاحساسات القشرية

(Cortical Sensations)

وهذا النوع من الاحساس يشمل التعرف على الأشياء باللمس(٥) سواء كانت أجسام أو مخطوطات ، والتمييز اللمسى بين نقطتين ، وتحديد موضع اللمس من الجسم . و يسمى هذا النوع من الاحساسات بالقشرى لاحتياجه لأكثر من منطقة بقشرة المخ فهو وظيفة مركبة من احساس وادراك(٦) ، وهو أحد الحواس الخاصة (الحواس الخمسة) .

رابعا : الاحساسات الخاصة (الحواس الخمسة)

(Special Senses)

١ ــ الاحساس البصرى : (Visual Sensation)

يحدث الإحساس البصرى نتيجة انكسار الأشعة المنعكسة من المرئيات

---

(٥) هذا النوع ينمو لدى المكفوفين ليعوض فقدان البصر .

(٦) هنا نعنى به فهم المثير اللمسى بناء على خبرة سابقة .

بواسطة عدسة العين فتسقط على الشبكية التى تحتوى على المستقبلات البصرية ، فتنقلها بدورها إلى خلايا عصبية متخصصة بالشبكية ، ومنها إلى الألياف العصبية التى تكون العصب البصرى (العصب الجمجمى الثانى) ، حيث يتكون من كل عين عصب بصرى واحد ، يكون أيمن للعين اليمنى وأيسر للعين اليسرى ، ولا تلبث مكونات العصب البصرى أن تنقسم إلى مسارات صدغية (٧) تكمل مسارها البصرى فى نفس الجانب ، ومسارات أنفية تعبر الى الجانب المقابل حيث تسلك المسار البصرى مع المسارات الصدغية من الجانب المقابل ، و بذلك يصبح المسار البصرى (Optic tract) مشتملا على الألياف الصدغية من نفس الجانب بالاضافة إلى الألياف الأنفية من الجانب المقابل ، و يصلان معا إلى الجسم الركبى فى المهاد ومنه تخرج الاشعاعات البصرية إلى قشرة المخ فى الفص الخلفى حيث يتم فهم الصورة المنقولة من الشبكية ، و بذلك تنقل العينان نفس الصورة .

٢ ــ الاحساس السمعى (auditory Sensation)

تنتقل موجات الصوت من الهواء الخارجى إلى الاذن فتهتز الطبلة التى تهز بدورها ثلاث عظيمات صغيرة فى الأذن الوسطى (المطرقة والسندان والركاب) فتصل الاهتزازات إلى الأذن الداخلية فيهتز السائل الذى بداخلها و بالتالى تهتز البروزات الشعرية المتصلة بعضو السمع المسمى عضو كورتى (organ of corti) ومنه إلى الخلايا العصبية المتخصصة فالعصب السمعى (القوقعى) الذى يصل إلى الجسر ومنه يعبر إلى جانب المقابل صاعدا إلى المهاد ثم منه تصل الاشعاعات السمعية إلى قشرة المخ السمعية فى الفص الصدغى من قشرة المخ ، حيث يتم فهم الموجات المسموعة .

٣ ــ الاحساس الشمى (Olfactory Sensation)

يحمل الهواء الروائح عند دخوله إلى الأنف خلال عملية الشهيق ، حيث يختلط جزء من الهواء فى الجزء العلوى من الأنف بنسيج خلوى خاص به مستقبلات الخاصة بالشم وذلك خلال ذوبان الرائحة فى افرازات الأنف ،

---

(٧) تحمل الألياف العصبية البصرية القادمة من الشبكية القريبة من الصدغ .

وتحمل الرائحة عبر ألياف عصبية تخترق عظام الجمجمة مكونة العصب الشمى (الجمجمى الأول) الذى يصل إلى الدماغ الأوسط ومنه إلى الفص الصدغى من قشرة المخ حيث وظيفة الشم .. و يتم التعرف على الرائحة من خلال الخبرة السابقة .

٤ ـ الاحساس التذوقى : (Gustatory Sensation)

والاحساس التذوقى بدايته من اللسان الذى توجد به مستقبلات خاصة هى براعم التذوق التى تغطى اللسان وتتصل هذه المستقبلات فى الثلث الخلفى من اللسان بالعصب اللسانى البلعومى (الجمجمى التاسع) ، وتتصل فى الثلثين من اللسان بالعصب الوجهى (الجمجمى السابع) ، وهناك قليل من البراعم التذوقية فى لسان المزمار تنقل عبر العصب الحائر (الجمجمى العاشر) و ينتهى بها الأمر جميعا إلى الفص الجدارى لقشرة المخ .. وعادة يميز الانسان بين أربعة أنواع من التذوق هى الحلو والمالح والحمض والمر ، و يزيد الاحساس بالطعم الحلو فى أطراف اللسان وكذلك الطعم المالح .. و يتشابه الاحساس بالشم والتذوق من حيث أن كلاهما إثارة كيميائية للمستقبلات .

٥ ـ الاحساس اللمسى (Tactile Sensation)

وهو التعرف على الأشياء باللمس و يسمى بالاحساس القشرى وسبقت الاشارة إليه .



الفصل الرابع

الجهاز الهرمونى (الغدد الصماء)

وهى مجموعة من الغدد تنتشر فى أماكن متفرقه من الجسم وتفرز هرمونات تصبها مباشرة فى الدم دون قناة ، لذلك أطلق عليها الغدد الصماء ، وكل من هذه الهرمونات له وظيفة معينة يؤديها فى مكان معين من الجسم ، وتقع هذه الغدد الصماء تحت سيطرة المهيد الذى يتحكم فى سيدة الغدد بالجسم وهى الغدة النخامية والتى تتحكم بدورها فى باقى الغدد ، كما أن هرمونات هذه الغدد تنظم بواسطة آلية تسمى التغذية المرتجعة الحيوية (Biofeed back Mechanism) حيث أن زيادة الهرمون إلى حد معين يوقف افرازه ، بينما نقص الهرمون بالدم إلى حد معين يثير المهيد الذى يفرز العامل المطلق المناسب إلى الغدة النخامية ، التى تطلق بدورها هرمون يعمل على إثارة الغدة المعنية بالهرمون الناقص فى الدم . .

وهذه الغدد هى :ـــ

١ ـــ الغدة النخامية .
٢ ـــ الغدة الدرقية .
٣ ـــ الغدة جار الدرقية .
٤ ـــ الغدة فوق الكلوية .
٥ ـــ جزء من البنكرياس .
٦ ـــ الخصيتان والمبيضان .

(١) الغدة النخامية
(Pituitary gland)

توجد الغدة النخامية فى قاع الجمجمة أسفل المخ و يبلغ حجمها نصف سم × واحد ونصف سم ، أى انها تقترب فى حجمها من حبة الفاصوليا ، وهى سيدة الغدد فى الجسم لأنها تنظم عمل الغدد الصماء جميعا .. وتتكون الغدة النخامية من ثلاث فصوص هى الأمامى والأوسط والخلفى ، وكل من هذه الفصوص له وظائف خاصة به نفصلها فيما يلى :

وظائف الفص الأمامى :

يفرز الفص الأمامى عدة هرمونات هى :ـــ

١ ـــ هرمون النمو.

٢ ـــ الهرمون المنشط للغدة الدرقية (T.S.H)

٣ ـــ الهرمون المنشط للغدد الكظرية (A. C. T. H).

٤ ـــ الهرمون المدر للَّبن . (Prolactin)

٥ ـــ الهرمونات المنشطة للأعضاء التناسلية (للغدد التناسلية) .

١ ـــ هرمون النمو (Growth Hormone)

يؤثر هرمون النمو فى عمليات النموبصورة مباشرة ، و بالاشتراك مع الهرمونات الأخرى وخاصة فى نمو العظام الطو يلة فى منطقة الغضاريف النامية قرب نهايات العظام ، و يتوقف نموالعظام حين تتوقف هذه النهايات عن النمو، و ينبه هرمون النمو عمليات البناء البروتينى وامتصاص الكالسيوم من الأمعاء وتحو يل الجليكوجين إلى جلوكوز، ولكن إفراز هرمون النمويتم تحت اشراف وتوجيه من (الهيبوثلاموس) ، بواسطة إطلاق عامل مفرز لهرمون النمو.. وزيادة هرمون النمو فى الطفولة تؤدى إلى حالة العملقة (Gigantism) وزيادته بعد البلوغ تسبب مرض تضخم العظام (acromegaly) .

٢ ـ الهرمون المنشط للغدة الدرقية

و يتحكم هذا الهرمون فى نمو الغدة الدرقية و ينظم وظائفها و ينشط عملية أخذ عنصر اليود من الدم الذى هو أساس تخليق هرمون الثيروكسين ، كما يلعب دورا أساسيا فى تخليق هذا الهرمون الذى يفرز من الغدة الدرقية ، و ينظم افراز هذا الهرمون باشراف المهيد بواسطة عامل مفرز خاص بهذا الهرمون ، و يزداد افراز هذا الهرمون عند مواجهة شدة وعند الاحساس بالبرودة ويحدث العكس فى الجو الحار.

٣ ـ الهرمون مغذى الغدة الكظرية

وهذا الهرمون ينشط الغدة فوق الكلو ية لافراز هرموناتها ، و يتم تنظيم افراز هذا الهرمون تحت اشراف المهيد أيضا ، و يكون ذلك تبعا للشدائد النفسية والظروف الانفعالية .

٤ ـ الهرمون مدر اللبن

وله تأثير مباشر على غدتى الثدى بعد الولادة ، فينشط عملية ادرار اللبن أما عملية خروج اللبن من قنوات الثدى فتنظم بواسطة هرمون الأوكسى توسين (Oxytocin) الذى يفرز من الفص الخلفى للغدة النخامية .

٥ ـ الهرمونات المنشطة للغدد الجنسية

وتشمل هذه الهرمونات ما يلى :ـ

أ ـ هرمون منشط المبيض فى الأنثى : الذى يؤثر على المبيض فيساعد على انضاج الحويصلات ، وأثناء هذا النمو تقوم الحويصلات بافراز هرمون الاستروجين ، وحين يصل تركيز الاستروجين إلى حد معين فإنه يثبط افراز هرمون منشط المبيض (F. S. H) وهناك هرمون آخر منشط للمبيض (L. H) يؤدى إلى نضج الحويصلات والتبويض (أى إخراج البويضة من الحويصلة) وتكوين الجسم الأصفر الذى يفرز بدوره هرمون البروجستيرون وحين يصل تركيز هذا الهرمون (البروجستيرون) إلى درجة معينة فإنه يثبط افراز الهرمون المنشط للمبيض .

ب ــ هرمون منشط الخصية فى الذكر: حيث ينشط أحد الهرمونات (F.S.H) أنابيب الخصية لانتاج الحيوانات المنوية، أما الهرمون الآخر (L.H.) فيؤثر على الخلايا الليفية بالخصية التى تفرز هرمون التستوستيرون .

وظائف الفص الخلفى للغدة النخامية :

يكون الفص الخلفى للغدة النخامية مع المهيد وحدة وظيفية حيث يعتبر مخزنا لهرمونات تصنع أساسا فى المهيد ، وتفرز أيضا باشراف المهيد، وهما هرموناز أحدهما يسمى الأوكسى توسين والآخر يسمى الهرمون المضاد لادرار البول .

ــ هرمون الأوكسى توسين : الذى ينبه عضلات الرحم فتنقبض الأمر الذى يساعد على عودة الرحم إلى حجمه الطبيعى بعد الولادة ، كما يعمل على دفع اللبن للخروج بانقباض العضلات المحيطة بقنوات اللبن .

ــ الهرمون المضاد لادرار البول : و يسمى أيضا بالهرمون القابض للأوعية الدموية و يؤثر على أنابيب الكليتين فيتحكم فى إعادة امتصاص الماء ، وذلك بناءا على توجيه المهيد و بناء على المعلومات القادمة إليه من المستقبلات الاسموزية (الموجودة فى المهيد) كما سبقت الاشارة إلى ذلك فى وظائف المهيد .

(٢) الغدة الدرقية
(Thyroid Gland)

وهى عبارة عن فصين يقعان على جانبى القصبة الهوائية فى مقدمة الرقبة وملتصقة بالقصبة الهوائية لدرجة أنها تتحرك معها لأعلى وأسفل أثناء عملية البلع ، وهى هامة فى عملية النمو وتنظيم عملية الأيض بواسطة هرمونها الذى تفرزه و يطلق عليه هرمون الثيروكسين وتخضع الغدة الدرقية لهرمون منشط الغدة الدرقية الذى يفرز من الغدة النخامية .

وظائف هرمون الثيروكسين :

١ ــ تنظيم عملية التمثيل الغذائى (الأيض) : حيث يزيد من امتصاص السكر من الأمعاء و يزيد من معدل احتراقه بواسطة الخلايا ، و يعمل على تكسير السكر

المخزون فى الكبد فى صورة جليكوجين إلى جلوكوز يسهل تحويله إلى طاقة بواسطة الخلايا ، كما يساعد على انتاج الجلوكوز من المواد غير النشوية مثل الدهون والبروتينات .. كما يقلل من نسبة الدهون فى الدم وكذلك نسبة الكولسترول .. كما يزداد تخليق وهدم البروتينات فى الجسم وهى العملية الضرورية لحدوث النمو، حيث لايمكن لهرمون النمو أن يعمل فى غياب هرمون الثيروكسين .

٢ ـ تنشيط الوظائف الحيوية : مثل زيادة ضربات القلب وزيادة مدفوع الدم من القلب ، ورفع ضغط الدم الانقباضى تبعا لذلك .. كما يزيد استهلاك الاكسجين الأمر الذى يترتب عليه زيادة معدل وعمق التنفس .

٣ ـ زيادة نشاط الجهاز العصبى والمخ : حيث يزيد هرمون الثيروكسين من سرعة العمليات العقلية من التفكير والادراك والذاكرة والتفاعل فى المواقف المختلفة .

٤ ـ زيادة توتر العضلات ونشاطها لدرجة إحداث رعشة دقيقة اذا زاد هذا الهرمون .

٥ ـ زيادة النشاط الجنسى : حيث يزيد هذا الهرمون من نشاط الرجل الجنسى ، ونقصه يؤدى إلى نقص هذا النشاط و يؤدى إلى توقف الدورة الشهرية لدى الأنثى .

وزيادة هرمون الثيروكسين بسبب مرض تسمم الغدة الدرقية (Thyrotoxicosis) الذى يسبب زيادة الاحتراق الغذائى وزيادة ضربات القلب ورعشة اليدين الرقيقة وجحوظ العينين ، و يصاحب ذلك احساس التوتر وعدم الاستقرار والشعور بالقلق وسرعة الاستثارة ، وقد يشخص هذا الاضطراب على أنه قلق إلا أن تحليل نسبة هرمون الثيروكسين بالدم يظهر ارتفاعها عن المعدل الطبيعى .

كما أن نقص الثيروكسين فى الطفولة يسبب مرض القصاع (Cretinism) حيث يقل النمو و يتأخر و يصاحبه تخلف عقلى ، أما نقصه بعد البلوغ فيسبب مرض المكسيديما (Myxedema) الذى يقل فيه التمثيل الغذائى والاحساس بالبرودة وزيادة الوزن ونقص النشاط الجنسى وانقطاع الدورة الشهرية وتبلد التفكير والسلوك وجميع الوظائف العقلية .

(٣) الغدة الجارد رقية

(Parathyroid Gland)

وهى أربعة من الغدد الصغيرة الحجم التى تستقر خلف الغدة الدرقية وتفرز هرمونا واحدا هو المسئول عن مستوى الكالسيوم والفوسفور فى الدم و يطلق عليه (باراثورمون)، ونقص هذا الهرمون ينشأ عنه نقص معدل الكالسيوم فى الدم وزيادة مستوى الفسفور، ونقص مستوى الكالسيوم إلى حد معين يؤدى إلى انقباض العضلات وتصلبها بسبب زيادة استثارة الأعصاب الطرفية والجهاز العصبى المركزى (بسبب نقص الكالسيوم)، وهذه الحالة يطلق عليها التكزز (Tetany).

أما زيادة هذا الهرمون الناتجة عن زيادة نشاط الغدة الجارد رقية فإنها تسبب ازدياد أخذ الكالسيوم من العظام مما ينتج عنه فجوات فى العظام مما يجعلها هشة وسهلة الكسر، بالاضافة إلى نقص توتر العضلات وضعفها وحالة الهزال العام.

٤ ــ الغدة الكظرية

(Suprarenal Gland)

وتتميز الغدة الكظرية إلى قشرة ونخاع، وتفرز القشرة قشرانيات معدنية (Mineralo Corticoids) وقشرانيات سكرية (Glucocorticoids)، وتعمل المعدنية على تنظيم المعادن بالجسم (الصوديوم والبوتاسيوم)، بينما تعمل السكرية على ترسيب الجليكوجين فى الكبد وتكسير الأنسجة البروتينية إلى أحماض أمينية وتكسير الدهون، كما تزيد من مقاومة الجسم والنفس لحالات الشدائد وأهمها الكورتيزون والهيدروكوتيزون.

وزيادة افراز هذه الهرمونات (المعدنية والسكرية) بسبب مرض كوشنج (Caushing's Disease) حيث تضعف عضلات الأطراف مع سمنة مفرطة فى الوجه والجذع، و يزيد السكر بالدم، والضعف الجنسى للرجال وتوقف الطمث للإناث .. بينما نقصه يسبب مرض أديسون (Addison's Disease) حيث ينخفض ضغط الدم و يقل التمثيل الغذائى وتضعف العضلات وتقل الوظيفة

الـجـنـسـيـة و يـصـطبغ الـجلد بخلايا صبغية (حيث تتحول البشرة البيضاء إلى سوداء) ، و يصاحب ذلك ضعف جسمانى ونفسى واضطراب انفعالى .

كما تفرز الغدة الكظرية قشرانيات جنسية (Androgenic Corticoids) وهى الانـدروجين والاسـتروجين والبروجستيرون ، وتساعد فى النمو الـجنسى فى مرحلة البـلوغ .. وزيـادة هـذه الهـرمونات خلقيا يسبب التخنث الكاذب لدى الاناث حيـث يـتـغـطى الـجسم بشعر يشبه الرجال وتحدث الدورة الشهرية مبكرا فى سن أربـع سـنوات ، كـمـا يـسـبـب النضج الـجنسى المبكر لدى الذكور، الأمر الذى يحدث تـكـلـسـا مـبـكـرا فى الـعـظـام ينشأ عنه قصر الطول .. أما زيادة هذه الهرمونات المكـتـسـبة فتسبب تشابه الأنثى ظاهريا بالذكر كما تسبب تشابه الذكر بالأنثى حيث يزداد حجم ثدييه وتقل رغبته للإناث و يضعف جنسيا وتضمر خصيتاه .

أما الـنـخـاع الـكـظـرى فـيـفـرز هرمونى الأدرينالين بنسبة (٨٠٪) والنورأد ريـنـالين (٢٠٪) ، و يـعـمـل هـذان الهـرمونان بطريقة مباشرة فى الأعضاء التى تخضع لـسـيـطرة الـجهاز العصبى السمبتاوى ، فيحدثان ارتفاعا فى ضغط الدم وتـضـيـيـق الـشـرايين بـالإضافة إلى جميع التأثيرات المشابهة لزيادة نشاط الـجهاز الـسـمـبتاوى على مختلف أجهزة الـجسم .. وهذه الغدة يزداد نشاطها عند مواجهة شدة نفسية أو جسمانية أو التعرض لدرجات الـحرارة المنخفضة .

وز يـادة نـشـاط نخاع الـغدة الكظر ية يؤثر بمز يد من نشاط مشابه لنشاط الجهاز الـعـصـبـى الـسـمـبـتـاوى ، أما نقص افرازها فلا يؤثر كثيرا فى مواجهة الشدائد سواء فى القتال أو الهرب التى سوف يتحمل مواجهتها الـجهاز العصبى السمبتاوى .

(٥) غدة البنكرياس

وهـى عـبـارة عـن جـزء مـن الـــخلايا الموجودة بالبنكرياس يطلق عليها جزر لانجرهانز تحوى نوعان من الـخلايا هما :ــ

١ ــ خـلايـا ألـفـا (Alpha Cells) : وتفرز مادة (الـجلوكاجون) التى تعمل على زيـادة السكر فى الدم بتكسير الـجليكوجين ، وتفرز هذه المادة عند انخفاض معدل السكر بالدم و بناءً على طلب هرمون النمو الذى يفرز من الغدة النخامية .

٢ ــ خلايا بيتا (Beta Cells) : وتفرز هرمون هام هو الأنسولين الذى ينظم السكر بالدم ، و يزيد من تخزين الجليكوجين فى الكبد ، و يؤدى إلى احتراق السكر فى الأنسجة مما ينتج عنه الطاقة ، كما أنه يؤدى إلى تحول السكر إلى أحماض دهنية ثم تحول إلى دهون مختزنة .

ونقص هرمون الأنسولين يسبب مرض السكر (البول السكرى) الذى يرتفع فيه السكر بالدم ، لدرجة قد يوجد معها فى البول ، و يزداد عدد مرات وكمية التبول ، و يصاحب ذلك الشعور بالعطش وشرب الماء بكثرة ، و يفقد الشخص بعضا من وزنه و يصاب بنهم للأكل « يأكل كثيرا » .. ونظرا لنقص الطاقة التى تنتج من احتراق الجلوكوز فإن الشخص يصاب بالوهن والضعف .

الغدد الجنسية

(١) الخصية

تتكون الخصية من عدد كبير من الأنابيب التى تتكون فيها الحيونات المنوية حيث تتكون من الخلايا المبطنة لهذه الأنابيب ، بينما تفرز الخلايا البينية هرمون التستوستيرون المسئول عن إظهار علامات البلوغ لدى الذكر وهى غلظ الصوت وخشونته وقوة العضلات وانتشار الشعر على الجسم وفى مناطق العانة وتحت الإبط وظهور اللحية كما أنه ينمى الرغبة للجنس الآخر و ينشط من عملية انتاج الحيونات المنوية .

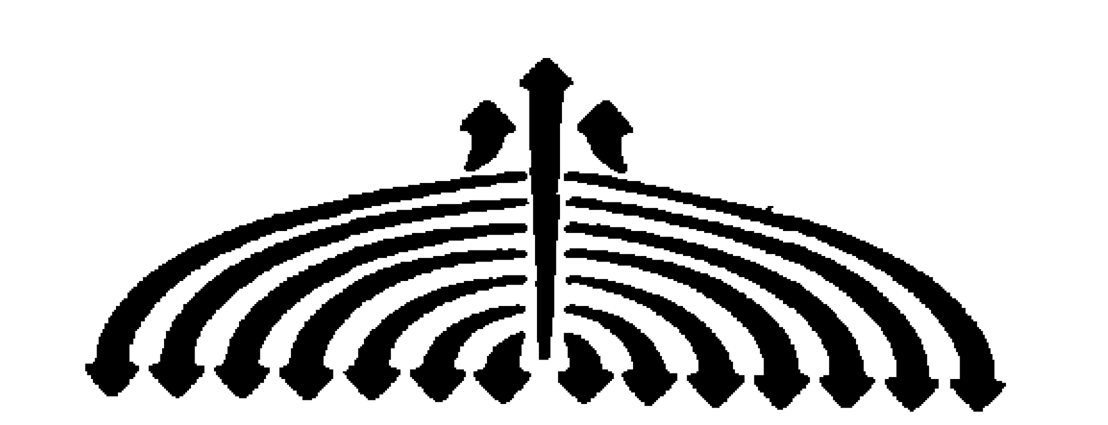
(٢) المبيض

وهما مبيضان داخل الحوض على جانبى الرحم ، و يفرز هرمونين هما الاستروجين (الذى ينتج بواسطة الحويصلة التى بداخلها البويضة) ، وهرمون البروجستيرون (و ينتج بواسطة الجسم الأصفر أى الحويصلة التى كانت بها البويضة لمدة (١٠ ــ ١٢) يوم كل دورة إذا لم يحدث حمل ، أما فى حالة الحمل فيستمر حتى الشهر السادس) .

ويعمل الاستروجين على نمو الصفات الجنسية الثانوية للأنثى المتمثلة فى بروز الثديين واستدارة الأرداف وظهور الشعر فى منطقة العانة وتحت الإبط ونعومة الصوت ، كما ينمى الأعضاء الجنسية الخارجية للأنثى .

بينما يعمل هرمون البروجستيرون على زرع البويضة المخصبة فى جدار الرحم ، وينمى المشيمة اللازمة لتغذيتها ، ويمنع حدوث التبويض أثناء الحمل .

ومن خلال عرضنا للجهاز العصبى وجهاز الهرمونات (الغدد الصماء) نلاحظ أن الجهاز العصبى اللاإرادى وجهاز الهرمونات المتصل بالجهاز العصبى يختصان باستمرار الثبات النسبى للبيئة الداخلية للجسم ، بينما يختص الجهاز العصبى العضلى بردود أفعال الفرد تجاه البيئة الخارجية .. ولعل تعاون هذه الأجهزة الثلاثة فى إحداث رد الفعل تجاه مواقف الحياة وشدائدها المختلفة ومايصاحبها من تغيرات فى الانفعال عملية معقدة جدا ، ولكنها توضح وحدة الفرد نفسيا وجسديا ، وهذا التعاون والتناغم بين هذه الأجهزة الثلاثة هام جدا لحياة الفرد وتكفيه مع البيئة من حوله .



الفصل الخامس

الوظائف النفسية

كما نعلم فإن جسد الانسان يتكون من أجهزة ولكل جهاز وظيفته ، أو وظائفه الخاصة به ، وتتكامل هذه الوظائف فيما بينها كما تتكامل مع وظائف الأجهزة الأخرى لتكون وحدة الجسد المتكاملة الوظائف ، والنفس كما ذكرنا هى محصلة نشاط المخ ، أى أنها مجموعة الوظائف العليا للدماغ ، وهذه الوظائف يكتنفها غموض النفس وتعقدها وحين يتناول العلماء وظائف النفس بالدراسة فإنهم يبرزونها بشكل متشابك غير متسلسل يصعب فهمه خاصة للمبتدئين فى مجال دراسة النفس ، وهذا مادعانى بعد طول معاناة لوضع هذا التصنيف لوظائف النفس حتى يتيسر فهمها بشكل متكامل و بأقل قدر من التشابك والغموض ..

يمكن تقسيم الوظائف النفسية إلى وظائف بسيطة وأخرى مركبة ، وتعتبر الوظيفة البسيطة وظيفة أساسية ، أما الوظيفة المركبة فتتألف من مجموعة من الوظائف البسيطة

أولا : الوظائف النفسية البسيطة وتشمل :ـــ

١ ــ الوعى　　　　٢ ــ الانتباه　　　　٣ــ الادراك
٤ ــ الذاكرة　　　　٥ ــ الوجدان　　　　٦ ــ التفكير
٧ــ الحركة　　　　٨ــ الكلام

ثانيا : الوظائف النفسية المركبة :ــ ومن أمثلتها :

١ ــ الاهتداء (ادراك البيئة) (Orientation)

٢ ــ التعلم　　　　٣ــ الذكاء　　　　٤ ــ الحكم على الأمور

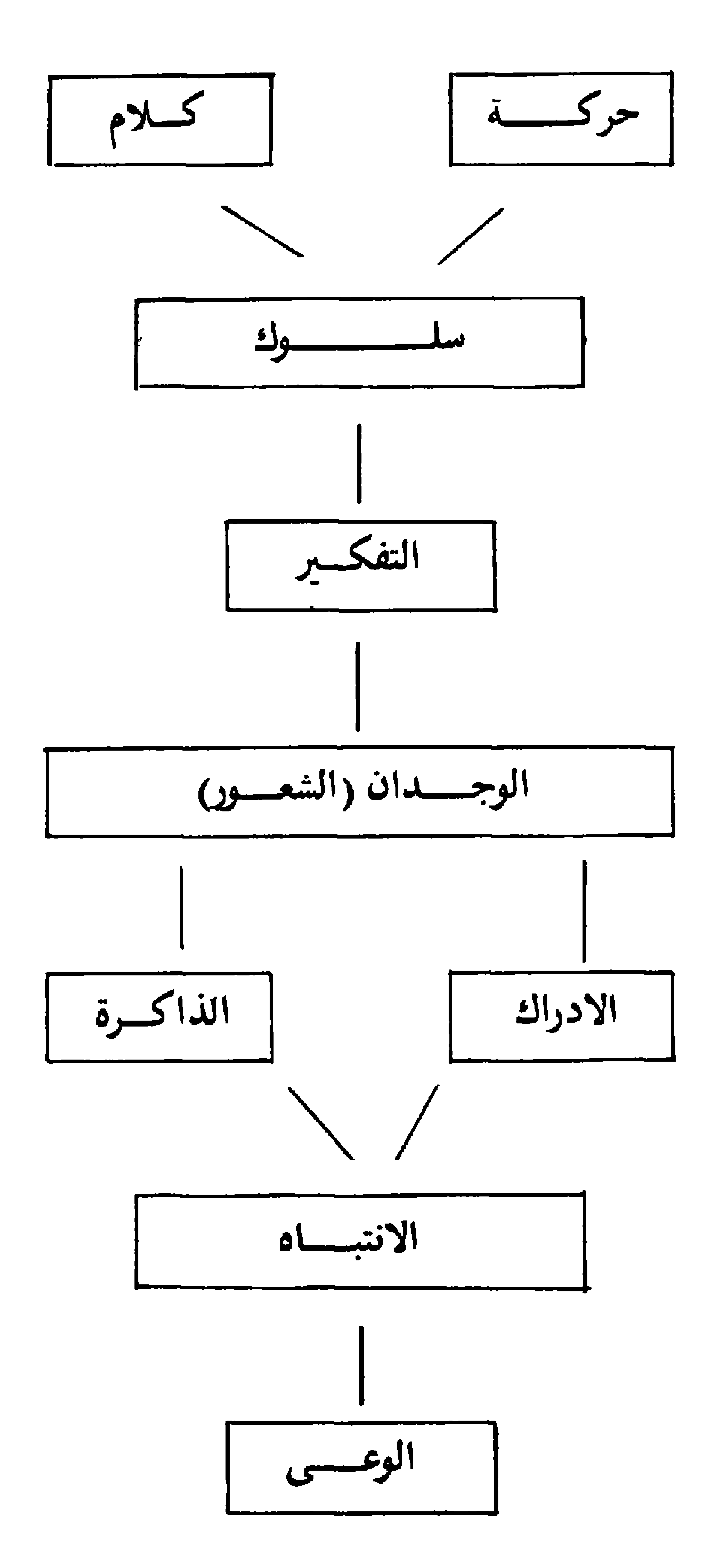
وسوف نذكر تفصيلا يوضح رؤيتنا لكل منها :

أولا : الوظائف النفسية البسيطة :ــ

عندما تكون جالسا فى مكان ما و يقبل عليك صديق عزيز لم تلتق من فترة طويلة ، فإنك تنهض للترحيب به بحرارة تتناسب مع مكانة هذا الصديق لديك ، فقد تصافحه وتقبله وتنطق بكلمات الترحيب والاشتياق لمثل هذا اللقاء .. ولكن هذا السلوك الترحيبى لم يحدث فجأة ولكن سبقته عمليات عقلية (نفسية) ، تبدأ بأنك كنت فى حالة وعى ، فلو كنت فاقداً للوعى بسبب غيبوبة أو نوم لما بدأت العمليات العقلية التى عبرت عنها بسلوك الترحيب ، ومن هنا كانت الوظيفة الأساسية الأولى هى الوعى (Consciousness) .. ودعنا نفترض أنك كنت جالسا فى حالة وعى ولكنك كنت متجها بوعيك إلى شىء آخر تقلبه بين يديك ، فإن انشغال وعيك بالشىء الذى بين يديك سوف يحجب عنك رؤية الصديق ، و بالتالى لن تبدأ العمليات العقلية التى انتهت بسلوك الترحيب ، وانشغال الوعى عن الصديق هو عدم الانتباه إليه ولذا فالوظيفة الأساسية الثانية هى الانتباه (Attention) ، ونظرا لأنك فى حالة وعى وانتباه موجه إلى صديقك ، فإن صورته سوف ترتسم على شبكية عينيك وتنتقل إلى مخك الذى سوف يدرك أبعاد هذه الصورة و يفهم أن القادم رجلا مواصفاته كذا وكذا ، وذلك طبقا للخبرة السابقة

بالألوان والأطوال والأحجام إلى غير ذلك من التفاصيل وهذا هو الادراك (Perception) وهى الوظيفة النفسية الثالثة ؛ ولكن هذه التفاصيل المدركة لمواصفات الصديق تتم مضاهاتها بالخبرة السابقة المختزنة فى عقلك ، فتقفز المعلومات المختزنة عن هذا الصديق إلى بؤرة الانتباه ، فتتذكر اسمه ومهنته وآخر لقاء بينكما ، إلى غير ذلك من الذكريات التى تربطك به ، وهذه هى الوظيفة النفسية الرابعة التى نطلق عليها الذاكرة (Memory) ؛ ونظرا لأن هذا الصديق عزيز لديك فإنك لاشك سوف تسر لرؤيته ، وهذا السرور شعور داخلى لديك وجزء تعبيرى يظهر عليك (فى تعبيرات الوجه) ، والشعور الداخلى ومايصاحبه من تعبير خارجى نطلق عليهما معا وظيفة الوجدان (Mood) ، وهى الوظيفة النفسية الخامسة ؛ ولاشك أن مشاعرك السارة سوف تتحول إلى أفكار تناسب هذا الموقف السار، وتكون عن أسلوب الترحيب ، هل سوف تنهض لملاقاته بالأحضان ؟ أم سوف تحييه وأنت جالس ؟ هذه الأفكار تمر بذهنك فى إطار الوظيفة السادسة وهى التفكير (Thinking) ؛ أما السلوك النهائى من حركة النهوض لملاقاته واحتضانه أو مصافحته فهى وظيفة الحركة (Motility) ، وكلمات الترحيب هى وظيفة الكلام وهما سابع وثامن الوظائف النفسية ..
وسوف نطرح الان افتراضا يؤكد وحدة الوظائف النفسية ، فلو فرض أن الشخص المقبل لم يكن صديقا ولكنه كان شخصا غير مقبول لديك و بينكما سوء تفاهم أو مشكلة متفاقمة ، فإن وعيك وانتباهك سوف يؤديان إلى ادراكه ، وسوف تذكر مابينكما من سوء تفاهم ، فيتولد شعور داخلى مناسب هو الضيق والكدر و ينعكس هذا فى تعبير وجهك ، وتكون الأفكار الداخلية عدائية ، و يكون السلوك الحركى مطابقا لأفكارك عدائيا فتشيح بوجهك عنه أو تتأهب حركيا لعراك معه ، كما يكون الكلام عدائيا أيضا يعكس تلك الأفكار، وشكل رقم (٢) يبين تسلسل هذه الوظائف .

من هذا العرض لطبيعة المواقف يتضح ترتيب الوظائف النفسية وكيف تبنى كل منها على مايسبقها من وظائف ، وفى الصفحات التالية سوف نعرض لكل من هذه الوظائف بشىء من التفصيل .



رسم توضيحى لتسلسل الوظائف النفسية البسيطة
شكل رقم (٢)

١ ــ وظيفة الوعى

و يعرف الوعى بأنه حالة اليقظة اللازمة لادراك الشخص لنفسه وما حولها([٨]) وحالة اليقظة هذه تنظم بواسطة الجهاز المنشط الشبكى ، حيث أن زيادة نشاطه تمنع حدوث النوم ، بينما نقص نشاطه لايؤدى مباشرة إلى حدوث النوم .. و يتكون الجهاز المنشط الشبكى من تجمع من الخلايا والألياف العصبية الموجودة فى أعلى جذع الدماغ ، و يرتبط بمهاد المخ حيث تأتى المثيرات القادمة إلى الجهاز العصبى عبر الحواس الخمسة ، ثم تنتشر هذه المثيرات من الجهاز المنشط الشبكى إلى جميع قشرة المخ ، التى ترسل بدورها نبضات عصبية إلى التكوين الشبكى ، ومن ذلك يظهر دور المثيرات الخارجية فى تنشيط بعض مراكز الدماغ (الجهاز المنشط الشبكى) والمحافظة على حالة اليقظة (حالة الوعى) بل وزيادتها أحيانا ، بالاضافة إلى ماتنقله المثيرات عن البيئة الخارجية للجهاز العصبى ، أى أنها تقوم بوظيفة معرفية أيضا ، بينما نقص المثيرات أو ثباتها فى النغمة والايقاع لفترة يقلل من اليقظة و يوصل لحالة النوم ولقد لوحظ أن تنبيه أجزاء معينة من قشرة المخ (التلفيف الصدغى العلوى والسطح الحجاجى من الفص الجبهى)([٩]) يسبب زيادة النشاط الشبكى وموجات تخطيط الدماغ الكهربى ، و يوقظ حيوان التجارب من نومه ، رغم أن تأثير نفس الاثارة على حيوان متيقظ لايذكر ، كما لوحظ أن اثارة مناطق أخرى من قشرة المخ لاينتج عنه نفس التأثير مهما بلغت شدة المثير ، وذلك يعنى أن مسارات معينة تمر من القشرة الى التكوين الشبكى ، وعن طريقها يمكن للأحداث داخل القشرة أن تسبب حالة اليقظة ، وهذا قد يكون هو المسئول عن استجابات اليقظة المصاحبة للانفعالات وما إليها من ظواهر نفسية تحدث فى غياب المثيرات الخارجية ، كالأرق الذى يحدث فى حالات القلق ، حيث يزداد نشاط الجهاز السمبتاوى المصاحب بزيادة افراز الأدرينالين والنورأدرينالين المسئولين عن حالة

---

(٨) هناك استخدام اخر لكلمة «وعى» (Conscious) وتعنى وعى الشخص بمشاعره واتجاهاته ونزعاته وإرادته .

(٩) Orbital surface of the frontal lobe, Superior temporal gyrus.

اليقظة (الأرق) ، فلقد لوحظ أن حقنهما يسبب حالة اليقظة ، وذلك عكس السيروتونين الذى له دور فى إحداث النوم ، وقطع المسارات المخية الخاصة به يؤدى إلى حالة الأرق .

ولذلك خلص بعض الدارسين إلى أن حالة الوعى (اليقظة) يلزم لها شيئان :ـــ

١ ـــ وجود حد أدنى من نشاط الجهاز المنشط الشبكى .

٢ ـــ تصريف النشاط العصبى للمخ فى الاتجاهات السليمة ، فمن المعروف أنه أثناء النوبات الصرعية الكبرى يكون نشاط المخ أكثر من الطبيعى عدة مرات برغم أن المريض يكون فاقد الوعى .

النوم :ـــ

وهو حالة من فقدان الوعى التى يستطيع الشخص أن يفيق منها بمثير مناسب . ولقد لوحظ أن النوم عبارة عن سلسلة من المراحل المتكررة تبدأ بفترة الدخول فى النوم وفيها تقل الاستجابة للمؤثرات الخارجية وترتخى العضلات وتزداد موجات ألفا[١٠] فى تخطيط الدماغ الكهربائى ، ومدة هذه الفترة عشر دقائق فأقل ، وإذا أوقظ الشخص خلالها لايذكر أنه نام .. ثم يبدأ النوع الأول من النوم والمعروف بالنوم بطىء الموجة أو النوم غير المصاحب بحركة العين السريعة ، وهذا النوع مقسم إلى أربعة مراحل يتدرج عمق النوم خلالها بالترتيب ويختلف إيقاع موجات الدماغ التى تظهر فى تخطيط الدماغ الكهربائى فى كل منها ، ففى المرحلة الأولى تسود موجات ألفا ، وفى الثانية تظهر الموجات المغزلية السريعة الإيقاع (١٢ ـــ ٢٤/ ثانية) ، وفى الثالثة يبطىء إيقاع المخ بظهور موجات ثيتا (التى يتراوح إيقاعها بين ٣ و٧ فى كل ثانية) وموجات دلتا (التى يتراوح إيقاعها بين ١ و ٣ موجات فى كل ثانية) وأحيانا يتخللها ظهور بعض الموجات المغزلية ، أما المرحلة الرابعة فيبطىء فيها نشاط المخ إلى أدنى معدل حيث تظهر موجات دلتا البطيئة التى قد تقل إلى حد ظهور موجة واحدة فى كل ثانية ..

---

(١٠) موجات ألفا : عبارة عن موجات تعبر عن النشاط الكهربى للمخ وهى من (٨ـــ ١٢ موجة/ ثانية) .

ومن المرحلة الرابعة يعود الشخص إلى الثالثة فالثانية فالأولى ، ومنها ينتقل إلى النوع الثانى من النوم الذى يسمى بالنوم المصاحب بحركة العين السريعة([11]) وذلك بعد فترة (٧٠ ــ ١٠٠ دقيقة) من بدء النوم ، ولا تزيد فترة النوم المصاحب بحركة العين السريعة عن عشرة دقائق ، ومنها يعود الشخص إلى المرحلة الأولى (من النوع الأول من النوم) ، حيث تبدأ دورة ثانية من دورات النوم يتكرر فيها ما حدث فى الدورة الأولى ، وتتشابه الدورات عدا الجزء الأخير من الليل (النوم) الذى تطول فيه فترات النوم المصحوب بحركة العين السريعة .

وتوجد نظريتان لتفسير ظاهرة النوم :ــ

١ ــ أن النوم عملية سلبية يحدث عند الاجهاد العصبى لآليات الاستيقاظ .

٢ ــ أنه توجد مراكز نشطة فى المخ ترسل إشارات إلى الجهاز المنشط الشبكى لتثبيطه فيحدث النوم .

٣ ــ وهناك نظريات كيميائية تحاول تفسير ظاهرة النوم أيضا أهمها :ــ

(١) لوحظ وجود مادة فى دم الحيوان الذى حرم من النوم لعدة أيام وفى السائل الشوكى المخى (C.S.F) ، وعند حقن هذه المادة فى حيوان آخر فإنها تؤدى إلى نومه .

(٢) أن إتلاف المسارات السيروتونية أو المنطقة المفرزة له (فى المنطقة المتوسطة من جذع الدماغ) يسبب أرقا ، ولذا يعتقد أن السيروتونين ضرورى لحدوث النوم ، كما لوحظ أن العقاقير التى تقلل السيروتونين تؤدى إلى الأرق أيضا .

(٣) لوحظ أن إتلافِ الجزء المسمى الموضع الازرق (Locus Ceruleus) يمنع حدوث النوم المصحوب بحركة العين السريعة ، والمعروف أن هذه المنطقة تفرز

---

(١١) يتميز النوم المصحوب بحركة العين السريعة باتصاله بنشاط الأحلام و يصعب إيقاظ الفرد أثناءه ويختل انتظام ضربات القلب والتنفس ، وتحدث انقباضات عضلية غير منتظمة (مثل حركة العين السريعة) رغم ارتخاء العضلات التام ، و يرتفع ضغط الدم و ينتصب القضيب ، وتكون موجات تخطيط الدماغ الكهربائى خلال هذا النوع من النوم غير منتظمة منخفضة الجهد وتشبه بعض حالات اليقظة .

النوارد رينالين ومن ذلك استنتج بعض الدارسين أن السيروتونين مسئول عن النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة ، بينما يتم النوم المصحوب بحركة العين السريعة بواسطة الكاتيكولا مين .

وللنوم تأثير هام على الجهاز العصبى وعلى الجسم كله ، فالحرمان من النوم لفترات طويلة يؤثر على الانتباه بالنقص و يؤدى إلى أخطاء الادراك وقد تحدث هلاوس أو توهان مؤقت ، مع البطء فى الحركة ورعشة اليدين وحساسية زائدة للألم ، وتكاسل القلب والرئتين وذلك لزيادة نشاط الجهاز نظير السمبثاوى ، فيقل ضغط الدم ومعدل النبض وتتسع الأوعية الدموية الجلدية ، و يزيد نشاط الجهاز الهضمى ، وترتخى العضلات تماما و يقل معدل الأيض .. ومن ذلك نلاحظ حاجة الإنسان للنوم خاصة النوع المصحوب بحركة العين السريعة التى تكثر خلاله الأحلام .

الأحلام :ـ

تعد الأحلام أحد الظواهر النفسية الهامة التى تحدث أثناء النوم ، والحلم عبارة عن صورة عقلية متسلسلة يدركها النائم ... و يرى المحللون النفسيون أن الحلم يحقق اشباعا رمزيا للرغبات ومن ثم فهو طريق للتفريغ يلعب دورا فى التوازن النفسى ، وللحلم محتوى ظاهر من الأفكار والخيالات والأحداث كما يذكره الشخص الحالم ، كما له محتوى كامن يتكون من الرغبات المكبوته التى يتم التعبير عنها بطريقة غير مباشرة فى المحتوى الظاهر .. والإنسان يحلم كل ليلة ينامها دون استثناء ولكن الغالبية العظمى من هذه الأحلام تنسى بمجرد الاستيقاظ من النوم .

وترتبط الأحلام أكثر بالنوم المصحوب بحركة العين السريعة ، و يفسر ذلك البيولوجيون بأن هناك نبضات تخرج من المنطقة السقيفية ذات الخلايا العملاقة (١٢) تثبط النبضات القادمة من الجسم الركبى الجانبى (Lateral geniculate body) و يظل هذا التثبيط فى حالة اليقظة وفى النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة ويخبو مباشرة قبل النوم المصحوب بحركة العين السريعة ، بما

---

(١٢) giganto - cellular tegmental field

يسمح لنبضات المنطقة السقيفية أن تصل إلى الجسم الركبى الجانبى (Lat. geiculate) ، وهى المحطة بين الشبكيه وقشرة المخ البصرية حيث تفسر هذه النبضات كأنها قادمة من الشبكية وترى كأحلام .

٢ ــ وظيفة الانتباه

وهو تركيز حالة اليقظة (الوعى) تجاه مثير معين ، وهو عملية انتقاء إيجابى لمثير أو أكثر من بين المثيرات الداخلية والخارجية التى تتزاحم على مداخل الادراك للانسان ، فعندما يكون شخص ما جالسا فى محاضرة فإن صوت المحاضر مثير وصورة المحاضر وهيئته مثير آخر ، والكرسى الجالس عليه الشخص ينقل إحساسا لجسمه كمثير ثالث وملابسه مثير رابع ، والأشخاص المحيطين به مثيرات أخرى ، وقد يكون الشخص جائعا و يشكل الجوع مثيرا أيضا ، ومع وجود كل هذه المثيرات إلا أن الشخص يركز وعيه تجاه صوت المحاضر دون غيره من المثيرات .. ويمكن للشخص أن يركز على أكثر من مثير فى نفس الوقت ، وذلك مثل السائق الذى يقود عربة و يتحدث إلى شخص يجلس إلى جواره ، فهو ينتبه لحدثه فى نفس اللحظة التى يقود فيها السيارة بطريقة آلية ، ولا يستطيع الانسان أن ينتبه لمثيرين يحتاجان لدرجة عالية من التركيز فى نفس الوقت ، كأن يحاول التركيز فى حل لغزين رياضيين فى نفس اللحظة .. والانتباه إما أن يكون أوليا : و يقصد به الانتباه اللاارادى الذى يتم تلقائيا دون إرادة من الشخص و يطلق عليه الانتباه الغريزى أو المنعكس (reflexive) ، كالانتباه لصوت طلق نارى مفاجىء أو لصوت ينطق اسمك بشكل مفاجىء ، أو ثانو يا : وهو الانتباه الإرادى حيث يوجه الشخص يقظته تجاه مثير معين بارادته ، كالانتباه لصوت المحاضر دون غيره من المثيرات .

وهناك عوامل داخلية تؤثر فى الانتباه منها كون المثير يلبى احتياجا بيولوجيا ، مثل الجائع الذى تجذب انتباهه رائحة الشواء ، أو يوافق رغبة الشخص ، كالمراهق الذى يجذب انتباهه صورة فتاة حسناء ، وهذه العوامل الداخلية أهم فى توجيه الانتباه من العوامل الخارجية المتمثلة فى نوع المثير (فالصورة تجذب الانتباه أكثر من الصوت) ، وشدة المثير (فالصوت المرتفع يجذب الانتباه أكثر من الصوت

الخافت) ، ومكان المثير (فالمثير المواجه آكثر جذبا من المثير الجانبى) ، كما أن وضوح ألوان المثيروظهوره المتقطع من العوامل الخارجية التى تجذب الانتباه.
وللانتباه شقان أحدهما حسى حيث يتركز الوعى على المثير لاستقباله عن طريق الحواس ، والشق الآخر معرفى يتركز على فهم المثير واستيعابه وربطه بالخبرة السابقة وتخزينه فى الذاكرة .. و يعتبر التأمل أحد أشكال الانتباه المركز فى اتجاه مثير معين مستبعدا المثيرات البيئية الأخرى ، و يدعى من يزاولون التأمل أنه يؤدى إلى وضوح الفكر .. والمسئول عن وظيفة الانتباه هى نفس الأجزاء من الجهاز العصبى المسئولة عن وظيفة الوعى ، أى الجهاز المنشط الشبكى وقشرة المخ ، حيث ينقى الجهاز المنشط الشبكى المعلومات (المثيرات) القادمة عبر الحواس الخمسة .. وعلاج اضطراب نقص الانتباه لدى الأطفال بالمنشطات أدى إلى افتراض أن الانتباه يتم بواسطة الكاتيكول أمنيات (الدو بامين والنورأد رينالين) ، والقشرة قبل الجبهية تشترك عن طريق المسارات الدو بامينيه .

٣ ــ الادراك

يعرف الادراك بأنه فهم المثيرات بناءا على الخبرة ومن ثم فإنه يشمل عمليتى استقبال المثير وفهمه و يزود الادراك المخ بالمعلومات والتغيرات الداخلية والخارجية ليؤدى وظائفه بكفاءة ، و يعتمد الادراك على الوعي والانتباه ..
و يقسم الادراك إلى :ـــ

١ ــ ادراك حسى (Sensory Perception)

٢ ــ ادراك يتعدى حدود الحواس (Extra — Sensory Perception)

أولا : الادراك الحسى : و يشمل الفهم لجميع المثيرات القادمة عبر الحواس وهى إحدى عشرة حاسة ــ البصر ــ السمع ــ التذوق ــ الشم ــ اللمس (و يشمل التلامس واحساس الضغط والدفء والبرودة والألم) والاحساس بالحركة وإحساس الوضع أو التوازن .
و يقسم الادراك الحسى حسب الحاسة التى تستقبله إلى :ـــ

١ ــ الادراك البصرى : أى فهم المثيرات المستقبلة بطريق البصر ، حيث تنقل الصورة من شبكية العين عبر العصب البصرى فالمسارات البصرية إلى مراكز

الادراك البصرى فى الفص القفوى من قشرة المخ ، الذى يرتبط بدوره بالذاكرة البصرية فيعطى للمثير معناه طبقا للخبرة المختزنة فى الذاكرة .

٢ ـ الادراك السمعى : حيث يتم استقبال المثير (الصوت) من الأذن عبر العصب السمعى والمسارات السمعية إلى مراكز السمع فى الفص الصدغى المرتبط بالذاكرة السمعية حيث يتم إعطاء معنى للمثير .

٣ ـ الادراك التذوقى : و يتم نقل المثير (المذاق) إلى الأعصاب الناقلة له وهى الوجهى (السابع) والبلعومى اللسانى (التاسع) والحائر (العاشر) حيث يجتمع فى المهاد ثم ينتقل إلى القشرة الحسية فى الفص الجدارى للمخ ، و يتم فهم المذاق بالاشتراك مع الذاكرة الخاصة به .

٤ ـ الادراك الشمى : و يتم بنقل المثير الشمى (الرائحة) إلى العصب الشمى إلى مركز الشم بقشرة المخ من الفص الصدغى فتفهم الرائحة وتعطى معنى بناء على الخبرة السابقة أى الذاكرة الشمية

٥ ـ الادراك اللمسى : حيث تعطى الملموسات معنى بناء على خبرة سابقة .

ويمكن للشخص أن يستقبل أكثر من مثير فى نفس الوقت كالطعام وقت تناوله يكون مثيرا بصريا وشميا وتذوقيا ولمسيا .

وتتم عملية الادراك الحسى باستقبال المثير وتحوله بواسطة جهاز الحس المستقبل الى تغييرات كهربائية (نبضات عصبية) تنقل عبر المسارات العصبية إلى المنطقة الخاصة بها من قشرة المخ ، حيث تترجم هذه النبضات بمساعدة القشرة الترابطية والذاكرة الخاصة بالاحساس المُدْرَك ، ولايمكن أن يُغْفَل دور التكوين الشبكى فى المخ الذى يقوم بتنقية المثيرات القادمة إلى قشرة المخ والحفاظ على درجة اليقظة الموجهة للمثير (الوعى والانتباه) واللازمة لاتمام الادراك .. وهناك وقت بين ظهور المثير والتعرف عليه بواسطة الشخص المدْرِك يسمى وقت الادراك ، وهو الوقت المستغرق خلال انتقال النبضة العصبية من جهاز الاستقبال إلى المراكز المناسبة فى المخ .. ولكن هناك وقت آخر أكثر أهمية وهو الوقت اللازم للتغلب على الحاجز الانفعالى المحدد للادراك الذى يعد حاجزا يحمى الشخص ضد الإثارة الصدمية التى قد تحدث نتيجة للادراك .

الحرمان الحسى (Sensory Deprivation) :ـــ

إذا تم وقف المثيرات الخارجية فإن الادراك الحسى يتوقف و يسمى ذلك بالحرمان الحسى ، الذى ينشأ عنه اضطراب الجهاز العصبى نظرا لنقص نشاط التكوين الشبكى (الذى يقوم بتنقية الجهاز العصبى من المثيرات الداخلية) فيختل الادراك و يسيطر الخيال على ادراكات قشرة المخ .. وتلاحظ هذه الاضطرابات الادراكية الناشئة عن الحرمان الحسى فى السجون الانفرادية والمعتقلات السياسية وسجون أسرى الحرب ، كما تلاحظ فى مجال الطب بعض حالات الحرمان الحسى مثل فقد السمع أو البصر لدى بعض المسنين ، أو الحرمان البصرى عقب العمليات الجراحية للعينين ، والذى يترتب عليه ظهور هلاوس (ادراك بدون مثير) كرؤية أشياء ليست موجودة أو سماع أصوات ليس لها وجود حقيقى .

العوامل التى تؤثر فى عملية الادراك :ـــ

ان ادراك الانسان للمثيرات من حوله محدود بامكانيات أجهزة الحس لديه ، فهو لايسمع كل الأصوات التى حوله ، حيث توجد طبقات عالية من الأصوات لايمكن للانسان أن يسمعها رغم أن الخفاش يسمعها ، كما أن الكلاب تستطيع شم الروائح التى لايدركها الانسان ، وهذا تكيف خاص فى هذه الكائنات ، يشبه التكيف الذى يحدث لمكفوفى البصر فى حاستى اللمس والسمع كتعويض عن حاسة البصر المفقودة .

وكما يتأثر ادراك الانسان بخبرته الماضية بالمثير فإنه يتأثر بمشاعره الداخلية تجاه المثير ، فادراكنا لشىء نفضله أيسر بكثير من شىء آخر لانفضله ، وحالة الشخص الانفعالية تؤثر فى ادراكه للأشياء ، فالشخص المسرور يرى الحياة مشرقة زاهية ، بينما يراها الحزين سوداء قاتمه ، وتؤثر الحالة البيولوجية فى الادراك فالجائع يدرك رائحة الطعام أسرع من غيره ، و يتأثر الادراك بعملية الإيحاء (Suggestion) خاصة للأشخاص القابلين للإيحاء ، حيث يدركون مايوحى به الآخرون لهم ، فإذا أوحيت لشخص من هؤلاء بأنه سوف يشاهد عفريتا فى حجرة مظلمة فإنه لايلبث أن يرى ذلك .. والتنويم (Hypnosis) ماهو

إلا إيحاء يوجه للشخص المراد تنويمه لإيصاله إلى درجة من تناقص الوعى والخضوع لارادة المنوم .

ثانيا : الادراك المجاوز لحدود الحواس :ـــ

وهو أحد الظواهر الميتا سيكولوجية التى لاتخضع لقوانين الطبيعة ، والذين يؤمنون بالادراك المتعدى لحدود الحواس يرون أن هناك تفسيراً لذلك قد يكشف عنه يوما ما .. ولكن الملاحظ أن ما يسجل فى هذا المجال يرد بصورة عشوائية متجاهلا الطرق المنهجية ، مما لايمكن معه استبعاد عوامل الصدفة والاستنتاج العقلانى والادراك الحسى الحاد ، كما لايمكن استبعاد الغش والتزييف فى رصد هذه الظواهر .

الذاكرة

وهى تسجيل الأحداث واستدعائها عند اللزوم ، وتتكون من ثلاث مراحل هى الانطباع (التسجيل) والتخزين والاستدعاء ، فعندما تقابل شخصا ويخبرك باسمه يتم ادراك المعلومة التى ينقلها صوته وتسجل فى ذاكرتك ، وهذه هى مرحلة التسجيل التى يتحول فيها الصوت إلى شفرة تسجل بمركز الذاكرة فى المخ ، وتمضى فترة إلى أن تقابل نفس الشخص ثانية وهذه مرحلة تخزين المعلومة ، وعند مقابلتك له ثانية فإنك تستحضر اسمه فى ذهنك وتناديه به ، وهذا هو استدعاء المعلومة .

وللذاكرة أنواع تقسم حسب عمق الانطباع ومدة التخزين ، فالانطباع الأولى عن المعلومة دون ادراكها تماما هو ما يسمى بالذاكرة الحسية (Sensory Memory) ومدة اختزانها تقل عن ثانية واحدة ، وذلك ما لم يتم نقلها فورا إلى نوع آخر هو الذاكرة قصيرة الأمد (Short—Term Memory) بتركيز الانتباه أكثر على المعلومة وادراكها فتتحول المثيرات إلى معانى يمكن حفظها لمدة تقل عن دقيقة (عدة ثوان) ، أما إذا حدث ادراك أكثر للمعلومة وفهم أكثر بناءا على الخبرة السابقة ، فإنها تنتقل إلى مخزن الذاكرة طويلة الأمد (Long Term Memory) ونحن نلاحظ أن هناك كم هائل من المعلومات يدخل إلى حواسنا (عن طريق العين والأذن والأنف والتذوق والجلد) وكلها معلومات خام لايتم ادراكها كلها ادراكا كاملا ، وعدم الانتباه إلى أى معلومة منها يجعلها

لاتتجاوز مدى الذاكرة الحسية فتتلاشى فى أقل من ثانية ، بينما الانتباه الجزئى يعطى فهما جزئيا ينقلها إلى مخزن الذاكرة قصيرة الأمد حيث تخزن لعدة ثوان ، بينما الانتباه الكامل والادراك الكامل والربط بالخبرة السابقة ومايصاحب ذلك من تجريدات ينقل المعلومة للذاكرة طويلة الأمد فتخزن فى الذاكرة للأبد .

وتشير الدراسات إلى أن مناطق الذاكرة فى المخ هى الفص الصدغى من قشرة المخ والأجسام الحلمية فى المهيد والجهاز الطرفى ، إلا أن تخزين المعلومة يتم فى المنطقة التى ترد إليها ، فالصورة تدرك بالقشرة البصرية من المخ وتخزن بها ، وكذلك الصوت يتم ادراكه بالقشرة السمعية ويخزن بها وهكذا ، أما الذاكرة المركبة (من بصرية وسمعية وشمية وتذوقية ولمسية معا) فتخزن مكوناتها كل فى مكانه من المنطقة الواردة إليها ، وعند استدعائها يلعب الارتباط بين مناطق قشرة المخ المختلفة دورا فى الاستعادة المتكاملة .

ولوحظ أن للأحماض النووية دوراً فى عملية التذكر خاصة حمض ر. ن. أ (الرنا) (R. N. A) حيث يوجد حمضان نوويان فى الخلية أحدهما د. ن. أ (الدنا) (D. N. A) وهو موجود فى نواة الخلية ويحمل الجينات الوراثية ولايترك النواة إطلاقا ، بينما الحمض النووى الآخر وهو ر. ن. أ (الرنا) (R. N. A.) يتحرك إلى خارج النواة إلى السيتوبلازم حيث يتحكم فى نشاط الخلية وله دور فى وظيفة الذاكرة ، ولقد دعمت هذه الملاحظة بثلاثة أنواع من الدراسات :ــ

١ ــ دراسات أجريت على حيونات تم تعليمها استجابات معينة ، ثم حقنها بمادة تثبط حمض ر. ن.أ فلوحظ فقد هذه الحيوانات لتلك الاستجابة بعد عملية الحقن :

٢ ــ لوحظ زيادة هذا الحمض فى خلايا معينة بعد اكتساب خبرة معينة خاصة بهذه الخلايا (مثل خلايا الاتزان بعد عملية تعليم فأر المشى على سلك للوصول إلى غذاء) لوحظ زيادة نسبة الحامض (الرنا) بها .

٣ ــ نقل حامض الرنا من حيوان لآخر أدى إلى نقل نفس الاستجابات إلى الحيوان المنقولة إليه ، فأصبح يستجيب استجابات لم يسبق له أن تعلمها ، وعندما تم حقن هذا الحيوان بالمادة المثبطة لحامض الرنا فقدت هذه الاستجابات ؛ **وهناك عوامل تؤثر فى الذاكرة أهمها :ــ**

١ ــ الانتباه : كما سبق أن أشرنا للانتباه دور هام فى نقل المعلومة من الذاكرة الحسية إلى الذاكرة قصيرة الأمد ، وزيادة الانتباه للمعلومة يؤدى إلى ادراكها أكثر وربطها بالخبرة السابقة وهذا ينقل المعلومة إلى الذاكرة طويلة الأمد .. كما أن الانتباه ضرورى لعملية الاستدعاء من مخزن الذاكرة .

٢ ــ الادراك الواضح للمعلومة وربطها وتصنيفها طبقا للخبرة السابقة .

٣ ــ نوع الانفعال المصاحب للمعلومة ، فالفرد ينسى الخبرات المؤلمة بينما يتذكر الخبرات السارة .. كما أن القلق وقت استدعاء المعلومة قد يعوق تذكرها .

٤ ــ الربط والتصنيف والتجريد للمعلومة طبقا للخبرة السابقة يحفظها لمدى أطول و يسهل استدعائها .

ومرعاة هذه العوامل يحسن من عملية تسجيل المعلومات واستدعائها .

و يلاحظ أن المعلومة بعد أن تسجل وتدخل إلى الذاكرة طويلة الأمد قد تنسى بعد فترة من الزمن ، **و يفسر هذا النوع من النسيان بواحدة من النظريات الثلاثة الآتية :ــ**

١ ــ نظرية التآكل (أو الضمور) : وتفترض أن المعلومة تضمر إذا لم نستعملها بصفة مستمرة كالعضلة التى تضمر بسبب عدم استعمالها ، ولكن يناقض هذه النظرية قدرة الأعمى على تذكر ما رأه قبل العمى .

٢ ــ نظرية التداخل : ويحدث التداخل إما بطريقة الكف الراجع (retrospective inhibition) حيث تتداخل معلومة جديدة لتعوق استدعاء معلومة قديمة أو بطريقة الكف اللاحق (Prospective inhibition) حيث تتداخل معلومة قديمة فى تسجيل معلومة جديدة .

٣ ــ نظرية الكبت : وتفسر طبقا لنظرية التحليل النفسى ، فالكبت أحد الحيل الدفاعية التى بها يتخلص الشخص من الخبرات غير المرغوبة بدفعها إلى دائرة اللاشعور .

ونحن نلاحظ أن ما يسرنا نحب أن نتذكره فى عملية تشبه الاجترار لدرجة يتم معها تثبيته وتدعيمه فى الذاكرة ، بينما مايسيئنا لا يحدث له هذا الاجترار ، لذا يعتريه الضمور ، وهذا ينطبق على مكفوف البصر الذى يجتر ماسبق أن رآه فى

صورة تخيلات تجعله يذكر هذه الأشياء رغم مرور وقت عليها دون رؤيتها .. كما أن المكافأة تسبب سرورا يجعل الانسان يرغب فى تكرار الخبرة لتكرار اللذة الناجمة عنها ، فيكرر الموقف اجترارا أو واقعا بما يساعد على تدعيمه .

٥ ــ الوجدان

وهى وظيفة تصف الحالة الداخلية للفرد التى نطلق عليها الشعور[١٣] وما يصاحبها من تغيرات فسيولوجية داخلية وخارجية والتى تسمى بالانفعال[١٤] . ولذا فالوجدان يتكون من شقين أحدهما خارجى[١٥] يلاحظه الآخرون المحيطون بالشخص ، بينما الشق الآخر داخلى لايمكن ملاحظته ولكنه خبرة ذاتية .. أما الحالة الوجدانية (Mood) فتصف الانفعال الذى يبقى لفترة و يلون أفكار الشخص وسلوكه تجاه العالم من حوله ، وهى حالة مؤقته إذا قورنت بمزاج الشخص المميز (Temperment) الذى يعتبر التهيئة الانفعالية المتأصلة لدى الشخص فتجعله يتفاعل بطريقة معينه مع المثيرات والمواقف و يتحدد مبكرا فى حياة الفرد ، ويمكننا أن نشبه الحالة الوجدانية بالطقس الذى يصف تغيرا مؤقتا فى حالة الجو، بينما نشبه المزاج بالمناخ الذى يصف حالة شبه دائمة من الحرارة والبرودة .

ومراكز الوجدان فى الدماغ هى الجهاز الطرفى (الانفعالى) وقشرة المخ ، حيث يستقبل المثير عبر الحواس وتمر المعلومات الخاصة به إلى قشرة المخ المناظرة (حسب نوع المثير بصرى أو سمعى ... الخ) فيتم ادراكه ، و يؤدى الارتباط بين مناطق قشرة المخ المختلفة إلى بعث كل الذكريات المرتبطة بالمثير، كما ترسل فى نفس الوقت إشارات إلى الجهاز الانفعالى لإحداث الحالة الانفعالية المناسبة ، و يلعب المهيد كأحد أجزاء الجهاز الانفعالى والمتحكم فى نشاط الجهاز العصبى المستقل (سمبتاوى ونظيره) دورا هاما فى الانفعال ، فينشط الجهاز السمبتاوى

---

(١٣) الشعور (Feeling) : هو الخبرة الذاتية التى يدركها الفرد كحالة داخلية مثل السرور والحزن .

(١٤) الانفعال (emotion) : حالة الحيوية التى تنشأ من التغيرات الفسيولوجية الحادثة كاستجابة لشعور ما وتميل للمحافظة عليه أو إلغائه .

(١٥) التعبير الوجدانى (Affect) : وهو الانفعال الذى يمكن ملاحظته كتعبير لشعور داخلى .

إذا كان المثير يتطلب اعلان حالة الطوارىء فى الجسم والاستعداد للقتال أو الهرب ، و ينشط نظير السمبتاوى إذا كان المثير باعثا على الطمأنينة والاسترخاء ، فى نفس الوقت الذى يرسل فيه الجهاز الانفعالى إشارات لقشرة المخ لاحاطتها بمعلومات عن الانفعال الموجود .

ونلاحظ أن الانفعال يتشابه فى حالات الخوف والخجل والغضب رغم اختلاف الشعور الداخلى فى كل منها ، وذلك لأن ردود أفعال الجهاز العصبى متشابهة ، ومن ثم فإن المحدد لنوع الانفعال هو الشعور أو التفسير الذاتى له .

يتأثر الانفعال بحالة الوعى والانتباه والادراك والخبرة السابقة بالمثير (الذاكرة) وللانفعال فوائد أهمها أنه يعد الفرد لمواجهة المثير (بالاستعداد للقتال أو الهرب) ، و يعطى التعبير الانفعالى ترابطا بين الأشخاص وفهما اجتماعيا متبادلا عن طريق المشاركة الوجدانية ، كما أنه يولد شحنة داخلية تعتبر الوجود الداخلى للرغبات والدوافع الذى ينشأ منها التفكير والسلوك الموجه نحو الأهداف .

٦ ــ التفكير

يطلق التفكير على عملية التخيل العقلى الداخلى للأفكار دون النطق بها ، و يعتمد التفكير على المفاهيم التى تتكون بدءا من الطفولة عندما يتعلم الطفل خصائص وأسماء الأشياء والأحداث ويختزنها فى ذاكرته كى يستخدمها فى عملية التفكير الموجه (لحل مشكلة ما) أو غير الموجه .

و يعتمد التفكير على تكو ين المفاهيم وفهم المعانى وادراك العلاقات بين الأشياء التى تكتسب من خلال عملية التعلم السابق المتمثلة فى الادراك والذاكرة والوجدان الذى تشكل من خلال عمليات التعلم السابقة ، كما يعتمد على الوعى والانتباه ، فلا يمكن لشخص أن يفكر تفكيرا موجها هادفا دون وعى وانتباه ، رغم أن الصورة العقلية قد تحدث دون وعى وانتباه فى حالات التفكير غير الهادف كما يحدث فى الأحلام التى تحدث أثناء النوم ، ودون انتباه كما فى أحلام اليقظة .. ولا يمكن ملاحظة التفكير سواء كان هادفا أو غير هادف مالم يصدر سلوك يعبر عنه لغو يا كان أو حركيا .. ومن ثم فإن عملية التفكير تعتمد على سلامة مراكز الوعى والانتباه المتمثلة فى الجهاز المنشط الشبكى وارتباطه بقشرة المخ ، ومراكز الادراك والذاكرة والارتباط بين مناطق قشرة المخ المختلفة .

و يتطور التفكير عبر مراحل النمو العقلى من الطفولة إلى الرشد حسب اكتساب المفاهيم والقدرة على تصورها واستخدام الرموز وتجريد المعانى ، حيث يعتبر التفكير التجريدى أعلى درجات التفكير.

ونلاحظ أنه عندما يواجه الفرد بمشكلة و يوجه تفكيره لحلها فإنه عادة يمر بالخطوات الآتية :ــ

١ ــ التعرف على المشكلة : حيث يكتشف و يبدأ فى الاتجاه للتفكير فيها .

٢ ــ تحديد المشكلة ومعرفة أبعادها وظروفها وملابستها والعوامل المؤثرة فيها .

٣ ــ تقديم الافتراضات لحل المشكلة .

٤ ــ اختبار الافتراضات واختيار أنسبها كحل للمشكلة .

وفى مواجهة المشكلة قد يكون الشخص تقليديا يتبع الأساليب والطرق التى اعتادها فى خبرته التعليمية السابقة ، وهذا قد يعوق الشخص ويمنعه من الاتيان بالجديد ، فيتجمد إزاء المشكلة التى تتطلب حلا غير تقليديا ، وقد يفكر الشخص بطريقة تباعدية (divergent thinking) فيصل إلى أكثر من حل غير تقليدى للمشكلة ، وهذا يعد شخص مبتكر وقادر على الاتيان بالجديد من الأفكار ، ولا شك أن هذا النوع من التفكير (عندما يصاحبه الذكاء المرتفع) يُفْرِخُ المبدعون والمخترعون ، وهؤلاء قد يوصفون من قبل مجتمعاتهم بالجنون لعدم قدرة المجتمع على قبول الجديد من أنماط التفكير.

٧ ــ الحركة

وهى ما يتم من انقباض العضلات سواء أحدث ذلك تغيرا فى عضو من الجسم فقط أو أحدث تغييرا فى البيئة الخارجية . . وللحركة مستو يات فإذا كانت مجرد حركة عضلات ومفاصل فإنها تعد حركة بدائية بسيطة مثل حركة إصبع اليد دون هدف أما إذا اتجهت الحركة إلى هدف وأحدث تغييرا فى البيئة الخارجية فهذا هو الفعل مثل حركة الإصبع على مفتاح الآلة الكاتبة لكتابة حرف .

وتتم الحركة عن طريق الجهاز الحركى المكون من العضلات والمحكوم بواسطة الجهاز العصبى ، وتكون العضلات حوالى (٧٠٪) من وزن الجسم فى الانسان ، وتزيد هذه النسبة لدى الذكور قليلا ، والعضلات على أنواع ثلاثة :ـــ

١ ـــ عضلات مخططة : وسميت كذلك لبروز خطوطها تحت المجهر وهى عبارة عن حزم منتظمة من الألياف العضلية ، وتكون أغلب العضلات الإرادية فى الجسم ، وكلها متصلة بالهيكل العظمى ، وإن كان القليل منها غير متصل بالعظام مباشرة مثل بعض عضلات الوجه ، وأغلب حركات العضلات المخططة محكوم إراديا مثل حركة الكتابة باليد ، ولكن أحيانا تكون حركتها لا إرادية مثل رعشة اليدين والحركات المنعكسة المحكومة بمستوى النخاع الشوكى مثل سحب اليد عند اللسع بالنار أو الوخز بالدبوس .

٢ ـــ العضلات الملساء : وهى أقل توازيا فى ترتيب أليافها العضلية ، وتعمل فى الأنشطة اللاإرادية مثل الهضم ، كما توجد فى الأماكن التى تتطلب انقباضا لفترات طويلة مثل العضلة المكونة لفتحة المثانة البولية . وإثارة العصب المحرك للعضلات الملساء ينتج انقباضا أكثر بطئا من العضلات المخططة ، وعند وقف الاثارة تُرْخَى العضلات ببطء أيضا .

٣ ـــ عضلة القلب : وهى عضلة وسط بين المخططة والملساء ، وتوجد فى عضلة القلب فقط ، وتنقبض إيقاعيا حتى بدون إثارة عصبية ، وتنتشر النبضات من المنطقة التى تعد ضابط الإيقاع إلى باقى ألياف العضلة ، وضابط إيقاع القلب هو المنطقة التى يحدث فيها تغير تلقائى فى استقطاب الخلايا يتولد عنه نشاط ضربات القلب ، وهذه المنطقة تبدأ ضربات القلب حتى بدون سيطرة الجهاز العصبى .

كيف تنقبض العضلات ؟

هناك أجزاء انقباضية فى العضلة من البروتين احداهما تسمى الأكتين (Actin) والأخرى تسمى الميوسين (Myosin) تنزلق على بعضها البعض ، حيث يدخل أيون الكالسيوم الليفة العضلية و يسبب رؤوسا جزيئية على خيوط الميوسين التى تتعشق مع خيوط الأكتين وتنثنى معا مقصرة طول العضلة .

وتعد وظيفة الحركة طريقة للتعبير والتواصل بين البشر، فالإيماء بالرأس علامة على الموافقة والتلويح باليد علامة على الوداع، وهكذا فإن حركات الجسم أو أجزائه قد تعطى معانى يفهمها المستقبل لها وهذا مايسمى بالتواصل غير اللفظى.

٨ ــ الكلام

وهو طريق التعبير اللفظى سواء بالنطق أو الكتابة، و يعد أكثر رقيا فى التعبير من الحركة، والكلام وظيفة مكتسبة لها أساس حركى وآخر حسى والتوافق بينهما يخرج الكلام سويا.

والأساس الحركى للكلام يتكون من الحنجرة والبلعوم والفم واللسان واليد وما يتحكم فيها من مراكز عليا، وهى منطقة التلفيف الجبهى الثالث التى تسمى منطقة بروكا (Broca's area)(١٦) وقشرة المخ الحركية، وليست هذه المراكز هى المسئولة فقط عن سلامة وظيفة الكلام ولكن يلزم توافق بين الفصوص الأربعة لقشرة المخ بالإضافة إلى سلامة الارتباط بين نصفى كرة المخ.

أما الاساس الحسى فيتكون من المناطق الحسية فى قشرة المخ والمرتبطة بالفهم والادراك واختزان المعلومات.. و يأتى الكلام كنتاج لعملية التفكير مستخدما الألفاظ التى ترمز لمفاهيم تم ادراكها واختزانها فى الذاكرة..

ولقد نتج عن وظيفة الكلام تكون لغات البشر المختلفة، واللغة عبارة عن مفردات (كلمات) تتكون كل منها من أصوات أساسية أو ماتسمى بالوحدات الصوتية، وتتركب هذه الكلمات معا إلى جمل عبر عملية القواعد التى هى فى تركيب الجملة..

وكما أن اللغة نتاج وانعكاس للتفكير فإن للغة دور هام فى عملية التفكر، فالمعانى أو المفاهيم التى يكتسبها الانسان لابد وأن يرمز إليها برموز تمكنه من استخدامها فى التفكير والتعبير عنها، والرموز هى الكلمات أو الأعداد أو

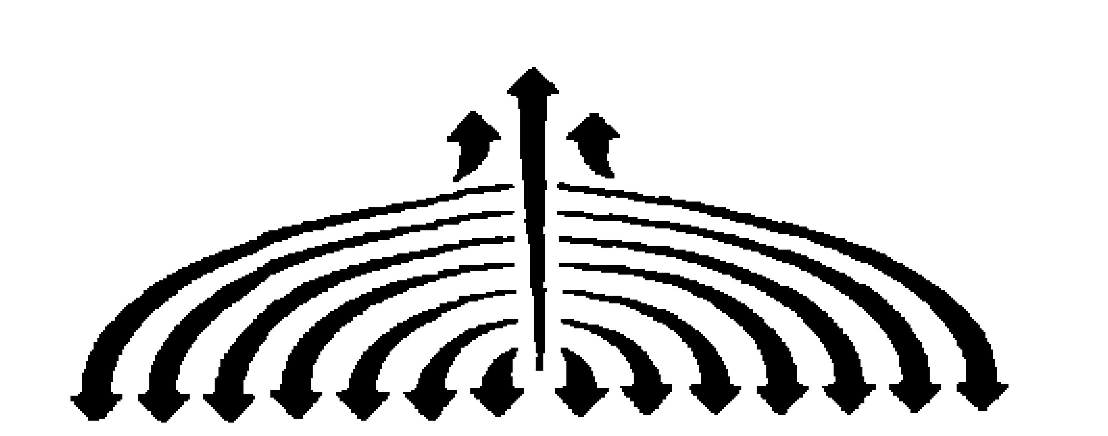
---

(١٦) تقع هذه المنطقة فى نصيف كرة المخ السائد، وسميت (بروكا) نسبة إلى الجواح الذى اكتشفها فى مريض كانت علته فقد التعبير الحركى الكلامى (حبسة حركية).

العلامات ، وتصبح هذه الرموز بمثابة القوالب التى تصب فيها المعانى حتى يمكن الاحتفاظ بها ثم الإفادة منها ، فالمعانى تظل حائرة فى الذهن حتى تستقر فى رموز مناسبة فتثبت وتتبلور و يسهل تذكرها واستخدامها فى التفكير .. فبدون اللغة يستحيل علينا الاحتفاظ بالمعانى أو توصيل هذه المعانى للآخرين .

ثانيا : الوظائف النفسية المركبه :ـــ

وهى الوظائف التى تتألف من أكثر من وظيفة بسيطة فمثلا الاهتداء عبارة ادراك وذاكرة (مثل ادراك الشخص والتعرف من خلال ما هو مختزن بالذاكرة من معلومات عن هذا الشخص) و يشترط لذلك قيام وظيفتى الوعى والانتباه بدورهما ؛ كذلك وظيفة التعلم عبارة عن انتباه للمعلومة يسبقه وعى و يتبعه إدراك للمعلومة وفهم لها ثم تسجيلها واختزانها فى الذاكرة .. أما وظيفة الذكاء فتعد محصلة لعدد كبير من الوظائف النفسية وهى الادراك الذى يلزم له وعى وانتباه ثم ذاكرة وتفكير وحركة وكلام .. من هذا نرى أن الوظائف النفسية البسيطة تتألف معا لتكون وظائف نفسية أكثر تعقيدا هى الوظائف النفسية المركبة .



الفصل السادس

الشخصية

(Personality)

بعد أن عرضنا لعلاقة النفس والبدن ثم لوظائف النفس ، فسوف نعرض للشخصية كمحصلة للنفس والجسد ، ومن هذا المنطلق يمكننا أن نعرفها بأنها النمط العام الناتج كسلوك يميز الشخص من حيث صفاته (بما فيها الجسمانية) وعاداته وأفكاره واهتماماته وفلسفته فى الحياة .

ولقد كانت الشخصية من الموضوعات ذات الجذب للعديد من الباحثين على اختلاف فلسفتهم واتجاهاتهم ، واستخدموا فى ذلك المقابلات (مقننة وغير مقننة) والملاحظات المضبوطة والتجارب والاختبارات ، وخلص كل منهم الى نظرية لفهم الشخصية ، وفى السطور التالية سوف نورد بإيجاز لأهم هذه النظريات :ــ

١ ــ النظريات البيولوجية :ــ

أ ــ الوصفية للبناء الجسمانى (نظرية النمط لوليم شلدون[١٧]) :ــ

الذى خلص إلى أن نمط البناء الجسمانى يرتبط بنمط معين من الشخصية ، حيث أن الخصائص الجسمية الوراثية تحدد الأنشطة التى يميل الشخص لممارستها ، وتشكل توقعات الآخرين منه ، فيلعب غالبا الدور الذى يتوقعه الآخرون .. وقسم الأ بنية الجسمانية إلى ثلاث أنماط :ــ

(١) النمط المكتنز (البدين) (Pyknic) وهو الذى يكثر فى تكو ينه النسيج الداخلى الحشوى[١٨] و يطلق عليه الاندومور فى (Endomorphic) ، و يكون شخصية دوارية تتأرجح بين السعادة والحزن ، اجتماعى مرح شره فى الطعام .

(٢) النمط الرياضى (Atheletic) الذى يكثر فى تكو ينه النسيج الأ وسط (الضام) و يطلق عليه الميزومورفى (Mesomorphic) ، و يكون ذو شخصية متعالية عدوانية ونشيط شجاع ومتسلط .

(٣) النمط النحيل (athenic) الذى يكثر فى تكو ينه النسيج الخارجى (الجلد والجهاز العصبى) و يطلق عليه الا كتومورفى (Ectomorphic) و يكون ذو شخصية خجولة معزولة مكبوته .

ولكن الدراسات الحديثة لاحظت أن العلاقة بين البنيان الجسمانى وسمات الشخصية علاقة ضعيفة .

ب ــ (ايزنك) (Eysenk) الفسيولوجية : الذى يرى أن هناك نمطان أساسيان للشخصية أحدهما انبساطى (Extraversion) (E) ، والآخر انطوائى

---

(١٧) وليم شلدون (W. Sheldon) (١٨٩٨ ــ ١٩٧٧) :ــ
عالم وطبيب أمريكى عرف ببحثه فى محاولة الربط بين الأنماط الشخصية والأنماط الجسمية ، ولقد تأثر بـ (كرتشمر) الذى اشتهر بدراساته البارزة عن العلاقة بين الاضطراب العقلى والبناء الجسمانى .

(١٨) ترتب الأنسجة إلى داخلى وأوسط وخارجى طبقا لوجودها كشرائح ثلاثة أولية فى تكو ين الجنين ومنها تتكون كل اجهزة الجنين .

(Introvert) ، وأن الانبساط له أساس من النشاط الفسيولوجى حيث تتكون دائرة عصبية تربط الجهاز المنشط الشبكى الصاعد (Ascending Reticular Activating System) مع قشرة المخ والحبل الشوكى و يتميز الانبساطيون بمستوى أدنى من نشاط قشرة المغ والجهاز المنشط الشبكى الصاعد الذى يزداد فى الانطوئيين .

بينما يرى أن الميول العصابية (Neuroticism) لدى الشخصية تبنى أساسا على حلقة تشمل الجهاز المنشط الشبكى الصاعد والجهاز الطرفى (Limbic System) ، و يرتفع مستوى العصابية بارتفاع استثارة الجهاز الطرفى .

ولقد وصف (أيزنك) نمطى الانبساطية والانطوائية طبقا لسمات عامة تصف السلوك السلوك لدى الأشخاص ، فالانبساطى شخص منطلق كثير الحركة والكلام يميل للاستعراض وحب الظهور فى المحافل العامة ، سريع فى تكو ين الصداقات ، قليل التأمل والتفكير أما الانطوائى فهو على النقيض يميل للعزلة والتفكير الكثير قليل النشاط الجسمانى غير محب للظهور فى المحافل العامة ، يكون أصدقاء بصعو بة ولكنها تكون صداقات على مستوى عميق .

٢ ــ النظريات الانسانية : (humanistic) :ــ

ومن رواد المدرسة الانسانية (ابراهام ماسلو)(١٩) (A. Maslow) (وكارل روجرز) (٢٠) (Carl Rogers) اللذان أشارا إلى أن الدافعية يمكن فهمها فى إطار تدرج الحاجات ، فعند المستوى الأدنى تكون غرائز الإنسان وحاجاته فى المحافظة على رخائه الجسمانى (Basic needs) وبمجرد أن يتم اشباع هذه الحاجات تتجه الدافعية لاشباع الحاجات النفسية والاجتماعية (Metaneeds) مثل الاحترام ، وعند المستوى الأعلى يسعى الشخص لتحقيق ذاته (Self- actualization) واكتساب قمة الخبرة .

---

(١٩) يعتبر (ماسلو) (١٩٠٨ ــ ١٩٧٠) أحد رواد المدرسة الانسانية حيث تركزت دراساته عن الحاجات الانسانية وتحقيق الذات.

(٢٠) ولد (روجرز) عام (١٩٠٢) ودرس الفيزياء والبيولوجيا ثم علم النفس الاكلينيكى ، وعمل فى توجيه الأطفال والمراهقين على الطريقة الفرو يدية ، ثم عمل بالجامعة أستاذاً لعلم النفس وألف كتابا عن الارشاد والعلاج النفسى.

٣ــ النظريات الدينامية النفسية :ــ

وهي تؤكد على أهمية الدوافع والانفعالات والقوى الداخلية ، وتفترض أن الشخصية تنمو من خلال حل الصراعات النفسية ، و يعد فرو يد (S. Freud) هو رائد هذه المدرسة بالاضافة إلى تلاميذه النوابغ الذين كان لكل منهم إضافة فى رؤيته للشخصية ، وسوف نعرض لنظرية (فرو يد) باختصار ثم نتبعها بعرض سريع لاسهامات تلاميذه .

أــ نظرية فرو يد لفهم الشخصية :ــ

يشير (فرو يد) إلى أن السلوك له دافع داخلي من قوى لاشعورية تكونت عبر تاريخ الشخص وحياته خاصة علاقته بوالديه ، وأن مايفعله الشخص ومايفكر فيه أو يشعر به ينتج عن تفاعل دينامى بين منظمات نفسية ثلاثة هى : (الهو) (Id) و (الأنا) (Ego) و(الأنا الأعلى) (Super Ego) ، وأن أى اختلال فى توازن أى من هذه الأنظمة الثلاثة يؤدى إلى اختلال فى تفاعل الآخران معه ونشاطهما ليضادوه و يكون الصراع الداخلي .

و يرى (فرو يد) أن وعى الانسان بالأفكار والذكريات والمشاعر يقع على مستويات ثلاثة أحدها : الشعور (الوعى) (Conscious) حيث يكون الجزء القليل من خبرات الانسان ، وثانيها : ماقبل الشعور (Preconscious) وهو المستوى الذى تكون فيه الخبرات مدفونة تحت الوعى ويمكن أن تستدعى بسهولة ، وثالثهما : اللاشعور (unconscious) وهو المستوى الذى يضم أغلب الخبرات وتصل إلى مستوى عميق لايمكن تذكره ، ولكن يمكن أن يظهر فى زلات اللسان والأحلام وخلال التداعى الحر (الذى يذكر الإنسان فيه مايخطر على باله دون قصد أو توجيه) .

كما أشار أن الشخصية تتكون من الخبرات التى يمر بها الطفل خلال مراحل متعاقبة من النمو النفسى الجنسى ، وأن هناك طاقة ليبيدية تتركز فى منطقة معينة من الجسم وفقا لمرحلة النمو ، **فالفم** هو محور اللذة الليبيدية خلال السنة الأولى ونصف الثانية عن طريق المص والأكل والعض ووضع الأشياء فى الفم ، والاشباع الزائد أو الحرمان الشديد سوف يُثَبت كمية أكبر من الليبيدو (Fixation) فى هذه المرحلة ، بما يجعل الشخص عرضة للنكوص (Regression)

فى الـحـيـاة إلى سمات هذه المرحلة من الاعتمادية والشرة والميول الفمية (التى تشبـه مـص الثدى) من التدخين ومضغ اللبان والثرثرة ، **والشرج** وهو محور اللذة اللـيـبـيـديـة خـلال الـنـصـف الثانى من السنة الثانية والسنة الثالثة ، حيث تنمو الـعضلات العاصرة لفتحة الشرج ، وتكون اللذة من القبض على محتو يات الشرج أو إخـراجـهـا ، كما تكون محورا للصراع مع الأم فى تدريبه على استخدام التواليت (Toilet Training) ، والافـراط وقـسـوة الـتـدريـب كـالـتفريط فيه يسبب تثبيتا ليبيديا فى هذه المرحلة ، يجعل الطفل عرضة فى الحياة البالغة للنكوص إلى سمات مـشـابـهـة لهذه المـرحـلـة مـن العداء والبخل والعناد ، **والقضيب** هو مصدر اللذة اللـيـبـيـديـة من الثالثة إلى السادسة من العمر والطفل يدرك الاختلاف بين الذكر والأنـثـى و ينجذب نحو أبيه من الـجنس المقابل ، فالولد يحب أمه و يعانى صراعا بين حـبـه لأ بيه (المبنى على تقمصه لأ بيه) وكراهيته له (بسبب امتيازات والده الـتـى لا يحـظـى بـهـا) ، وهـذا هـو الـصـراع الأ وديـبـى الـذى يـنـشأ عنه قلق الـخـصاء (castration anxiety) وهذا القلق يدفعه إلى التخلى عن رغبته فى تملك الأم بكبتها والـتوحد بالأب ، هذا فى حالة عقدة أوديب الموجبة ، أما إذا كانت الأم هى التى يـعتبرها الولد غريمه فى حبه لأ بيه ، فإن هذه الـحالة يطلق عليها اسم عقدة أوديب الـسـالـبـة ، والـعـكـس يحـدث فى حالة البنت و يسمى تعلقها بأبيها عقدة الكترا (Alectra complex) ، ثـم تـكـمـن النزعات الليبيدية ولا تحدث صراعات فى هذه المـرحـلـة مـن الـسـادسـة إلى الـبـلـوغ ، وفى البلوغ تستيقظ الرغبة الـجنسية وترتبط بالـجهاز التناسلى ، وتكون العلاقة الـجنسية الناضجة من خلال العلاقة بالـجنس الآخـر.. وهـذه هـى مـراحـل الـنـمو النفسى الجنسى الـخمسى فى نظرية فرو يد (الفمية والشرجية والقضيبية والكمون والتناسلية) .

والـشـخـصية التى تتأثر بالقوى اللاشعورية وتمر بمراحل النمو النفسى الـجنسى الـسـابـقـة عـبـر نموها تتكون من تنظيمات ثلا ثة : الهو والأنا والأنا الاعلى ، حيث يـعتبر الهو المنظمة الأساسية وهو الذى يتمايز منه الأنا والأنا الاعلى ، و يتكون الهو مـن كـل ما هو فطرى موروث وموجود منذ الولادة بما فى ذلك الغرائز ، فهو مستودع الطاقة النفسية ، كما أنه يزود العمليات التى يقوم بها الأنا والأنا الأعلى بالطاقة ، كما أنه وثيق الصلة بالعمليات الـجسمية التى يستمد منها طاقاته و يعتبره فرو يد

(الواقع النفسى الحقيقى) لأنه يمثل الخبرة الذاتية للعالم الداخلى ولا تتوفر له أية معرفة بالواقع الموضوعى ، و يهدف الهو إلى تجنب الألم وتحقيق اللذة عن طريق الفعل المنعكس (Reflex) والعمليات الأ ولية ، التى تحاول تفريغ التوتر بتكو ين صورة لموضوع يزيل التوتر مثل الطعام لشخص جائع، وهى عملية تحقيق رغبة فى الخيال ، ولكن هذه العمليات الأ ولية لا تحقق الاشباع ولا تخفض ألتوتر، فالشخص الجائع لا يمكنه أن يأكل مايتخيله من الطعام ولذلك تظهر عمليات نفسية ثانو ية عن طريق المنظمة الثانية وهى الأنا .

أما الأنا فينشأ للتعامل مع الواقع الخارجى ، وعليه تقع مسئولية فهم الواقع الخارجى والتصرف على أساسه وفق العمليات الثانو ية (أى التفكير الواقعى) ، فالأنا عن طريق العمليات الثانو ية يكون خطة لاشباع الحاجة ، ثم يختبر هذه الخطة هل هى صالحة أم لا ؟ وهذا يسمى اختبار الواقع ، وهو يستخدم جميع الوظائف النفسية لأداء دوره بكفاءة .. من هذا نلاحظ أن الأنا هو الجزء المسيطر على سلوك الشخصية حيث يختار من البيئة الجوانب التى يستجيب لها ، و يقرر الغرائز التى سوف تشبع والكيفية التى يتم بها ذلك الاشباع ، وعلى الأنا عند قيامه بهذه الوظيفة التنظيمية أن يعمل على تكامل مطالب كثيرا ماتتصارع فيما بينها وهى مطالب (الهو) و (الأنا الأعلى) و (العالم الخارجى) ، وهذا الدور للأنا يجعله عرضة للصراعات بين المطالب السابقة فيلجأ إلى حيل دفاعية (defensive mechanisms) لتخفيف حدة الصراع .. **ويمكن أن نلخص وظائف الأنا فيما يلى :ـ**

(١) التكيف مع البيئة المحيطة وعمل علاقات مع الآخرين .

(٢) ضبط وتنظيم الغرائز والتعبير عنها بطريقة مقبولة اجتماعيا .

(٣) اختبار الواقع والتصرف على أساسه .

(٤) القيام بالعمليات الثانو ية وما ينشأ عنها من تخليق وابتكار .

(٥) القيام بالوظائف النفسية (البسيطة والمركبة) .

(٦) القيام بحيل دفاعية إزاء الصعو بات والصراعات التى تنشأ عن الخارج أو الداخل كى يحافظ على حالة التوازن النفسى ، ومن ثم فالحيل الدفاعية هى

الحيل التى يلجأ إليها الأنا عند مواجهة صراع لخفض التوتر والوصول إلى توازن نفسى ، وجميعها تتم لا شعوريا . . **وأهم هذه الحيل الدفاعية هى :—**

- **الكبت (Repression)** : وهى حيله تتم بواسطتها دفع المواقف أو الأفكار غير المقبولة إلى دائرة اللاشعورو بعيدا عن الشعور .
- **النكوص (Regression)** : وهى حيلة بواسطتها يرتد الشخص إلى مراحل سابقة من النمو ، حيث ينكص الشخص إلى تصرفات بدائية لا تناسب سنه الحالية ، وتلاحظ هذه الحيلة فى أمراض نفسية كثيرة أهمها الفصام والتبول الوظيفى والتهتهة .
- **التبرير (Rationlization)** : حيلة دفاعية بواسطتها يتم قبول (تبرير) السلوك أو الدوافع أو المشاعر غير المقبولة بخلق أسباب لتفسيرها .
- **التكوين العكسى (Reaction Formation)** : وهى حيلة دفاعية يسيطر بها الشخص على دافع أو شعور غير مقبول بتكوين عكسه ، فالكراهية الشديدة تظهر فى شكل حب مبالغ فيه .
- **الاسقاط (Projection)** : وهى حيلة لا شعورية ينسب بها الشخص أفكاره ومعتقداته ومشاعره ونزعاته اللاشعورية الخاصة به وغير المقبولة إلى الآخرين ، وهى حيلة لحماية الشخص من القلق الذى ينشأ من الصراع الداخلى .
- **النقل (التحويل) (Displacement)** : حيلة دفاعية يعيد بها الشخص توجيه انفعالاته المحبوسة تجاه شخص أو موقف خلاف الأفكار والأشخاص والمواقف الأصلية سبب الانفعال .
- **الانشقاق (Dissociation)** : حيلة تتضمن عزل مجموعة من العمليات (الوظائف) النفسية عن باقى الوظائف النفسية وتعمل مستقلة أو بصورة آلية (مثل فقدان الذاكرة أو تعدد الشخصية أو المشى أثناء النوم) .
- **الانكار (Denial)** : إبعاد الأشياء التى قد تسبب قلق عن دائرة الوعى بها وإنكارها ، ويختلف الكبت عن الانكار فى أن الكبت يحدث عندما يحاول الدافع الغريزى أن يكون شعوريا أو أن يعبر عن نفسه فى صورة سلوك وهنا يظهر الكبت ،

بينما الانكار يجعل الشخص جاهلا بحادث معين ولكن لا يمنعه من التعبير عن دوافعه الغريزية ومشاعره .

- **التوحد (Identification) :** حيلة دفاعية يدمج بها الفرد هو يته بهو ية شخص آخر .
- **التوحد مع المعتدى (Identification With the aggressor) :** حيث يدمج الشخص فى داخله صورة عقلية للشخص الذى يمثل مصدر الاحباط من العالم الخارجى ، مثل التوحد الذى يتم فى نهاية المرحلة الأوديبية بين الطفل الذكر وأبيه الذى يمثل احباطا لعلاقة الطفل بأمه ، ولا يملك الطفل إلى مواجهة أبيه سبيلا فيضطر للتوحد به .
- **العزل (Isolation) :** حيلة يتم بها عزل فكرة أو ذكرى عن ما يرتبط من شعور لتجنب الانفعالات غير السارة .
- **التسامى (Sublimation) :** حيلة يتم بها توجيه الطاقة المرتبطة بنزعات غير مقبولة إلى أنشطة مقبولة نفسيا واجتماعيا . والتسامى يحقق درجة ضئيلة من الاشباع للنزعات الغريزية .
- **الإبطال (Undoing) :** وهى حيلة دفاعية يتم بواسطتها أداء فعل لإعادة (لإصلاح) ما قد يتم فعله وهو غير مقبول من الأنا ، وهى حيلة بدائية من قبيل الأفكار والأفعال السحرية ، وذات طبيعة مترددة ، وتلاحظ غالبا لدى مرضى الوسواس القهرى .

والأنا الأعلى وهو المنظمة الثالثة من الشخصية فيعتبر الممثل الداخلى للقيم التقليدية للمجتمع وأخلاقياته ، و يتكون من استدخال الطفل لقيم وأخلاقيات الوالدين ثم التوحد بها ، و يعد الأنا الأعلى نموذجا لما هو مثالى وليس لما هو واقعى ، و يميل إلى الكمال بدلا من اللذة ، وعندما يتم تكون الأنا الأعلى يصبح هو السلطة الداخلية محل سلطة الوالدين . . **وأهم وظائفه ما يلى :ـ**

(١) كف حفزات الهوسواء كانت جنسية أو عدوانية .

(٢) اقناع الأنا بالقيام بدور المثالية بدلا من الواقعية .

وهذه المنظمات الثلاثة التى تتألف منها الشخصية (الهو والأنا والأنا الأعلى) التى تكونت عبر مراحل النمو النفسى ، ولكل منها شق شعورى وآخر لا شعورى ، تتوازن معا لاخراج شخصية سوية ، أو يختل التوازن ليكون الاضطراب أو الصراع الداخلى .

ب ــ اسهام يونج (Jung) (٢١) : حيث أضاف فكرة اللاشعور الجمعى (Collective Unconscious) الذى يجمع ذكريات الأجداد وخبراتهم و يعتبره الأساس العنصرى الموروث للبناء الكلى للشخصية وعليه يبنى الأنا واللاشعور الشخصى وجميع المكتسبات الفردية الأخرى ، و يرى أن الأنظمة الرئيسية للشخصية هى الأنا واللاشعور الشخصى واللاشعور الجمعى والقناع (persona) ثم الأنيما (Anima) أو الأنيموس (Animus) والظل (Shadow) والاتجاهات الانطوائية والانبساطية و وظائف التفكير والوجدان والاحساس والحدس ، والذات التى هى الشخصية مكتملة .

و يرى يونج أن الأنا هو العقل الشعورى الذى يتكون من المدركات الشعورية والذكريات والأفكار والوجدانات ، وهو مسئول عن شعور المرء بهويته واستمراريته ، وهو مركز الشخصية . . واللاشعور الشخصى هو الخبرات المكبوته ، وهى تماثل ما قبل الشعور عند (فرويد) حيث يمكن للشعور أن يصل إليها . . أما القناع فهو الشخصية العامة التى يظهرها الشخص للعالم من حوله . . والأنيما هو النمط الأولى الأنثوى لدى الرجل ، ولأنيموس هو النمط الذكرى الأولى لدى المرأة ، حيث اكتسب الرجل نتيجة حياته مع المرأة عصورا طويلة أنوثة ، واكتسب المرأة الذكورة ، وهذان النمطان يعملان بوصفهما صورا جمعية تدفع كل جنس إلى الاستجابة لأفراد الجنس الأخر لفهمهم ، فالرجل يتفهم المرأة بفضل ما لديه من أنيما والمرأة تتفهم الرجل بفضل ما لديها من أنيموس ، ولكن الأنيما والأنيموس قد يؤديان إلى سوء فهم إذا ما اسقطت صورة النمط الأولى دون اعتبار لسمات الشريك . . ولقد اعتبر يونج الغرائز الحيوانية الموروثة كنمط

---

(٢١) كارل جوستاف يونج (Carl Gustav Jung) (١٨٧٥ــ ١٩٦١) : طبيب نفسى سويسرى وتلميذ فرويد النجيب وانفصل عنه فى (١٩١٤م) عندما استقال من رئاسة الاتحاد الدولى للتحليل النفسى وأسس مدرسته (علم النفس التحليلى).

أولى مسئول عن الخطيئة لدى الانسان الذى يسقطه للخارج و يطلق عليه الشيطان وأسماء الظل .. كما اعتبر أن نقطة الالتقاء التى تتجمع حولها كل نظم الشخصية هى الذات (The Self) .. وميزبين اتجاهين أساسيين تتخذهما الشخصية هما الانبساط (توجه الشخص إلى العالم الخارجى) والانطواء (توجه الشخص نحو العالم الداخلى) وكلاهما يوجد فى الشخصية .

جـ ـ اسهام أدلر (Adler) (٢٢) : الذى افترض أن سلوك الإنسان تحركه أساسا الحوافز الاجتماعية ، والإنسان كائن اجتماعى فى أساسه وقلل من أهمية الجنس ، واعتبر أن الاهتمام الاجتماعى فطرى فيه ، وإن كانت الأنماط النوعية للعلاقات بالآخرين والنظم الاجتماعية التى تظهر وتتكون تحددها طبيعة المجتمع الذى يولد فيه الشخص ومن ثم يعد أدلر له وجهة نظر بيولوجية لا تختلف عن وجهة نظر (فرو يد) و (يونج) فالثلاثة يفترضون أن للانسان طبيعة فطرية تشكل شخصيته .. وأضاف أدلر فكرة الذات الخلاقة التى اعتبرها هى صاحبة السيادة فى بناء الشخصية ، واعتبرها شيء يحتل مكانا متوسطا بين المثيرات والاستجابات للشخص ، وأن الإنسان يصنع شخصيته فهو يبنيها من المادة الخام وأكد على تفرد الشخصية ، فاعتبر أن كل شخص صياغة فريدة من الدوافع والسمات والاهتمامات والقيم ، فكل فعل يصدر عن الشخص يحمل طابع أسلوبه الخاص والمتميز فى الحياة .. كما جعل (أدلر) الشعور مركز الشخصية ، وأن الانسان كائن شعورى يعرف أسباب تصرفاته و يشعر بنقائصه والأهداف التى يحاول بلوغها .

د ـ اسهام إريكسون (E. Erikson) (٢٣) : وسع إريكسون من نظريات فرو يد فى النمو فجعل النمو فى مراحل تبدأ من الولادة وحتى الممات فى الشيخوخة ، وأطلق على مراحله النمو النفسى الاجتماعى لأهمية الجانب

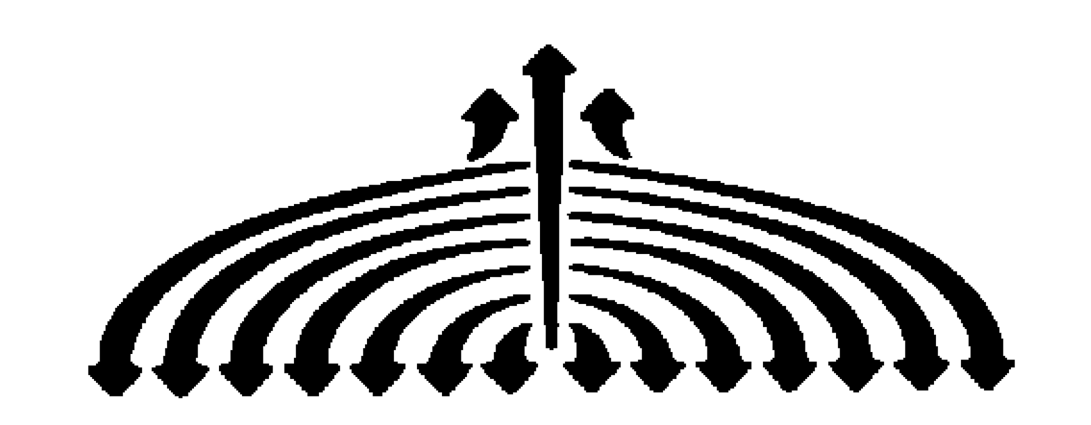
---

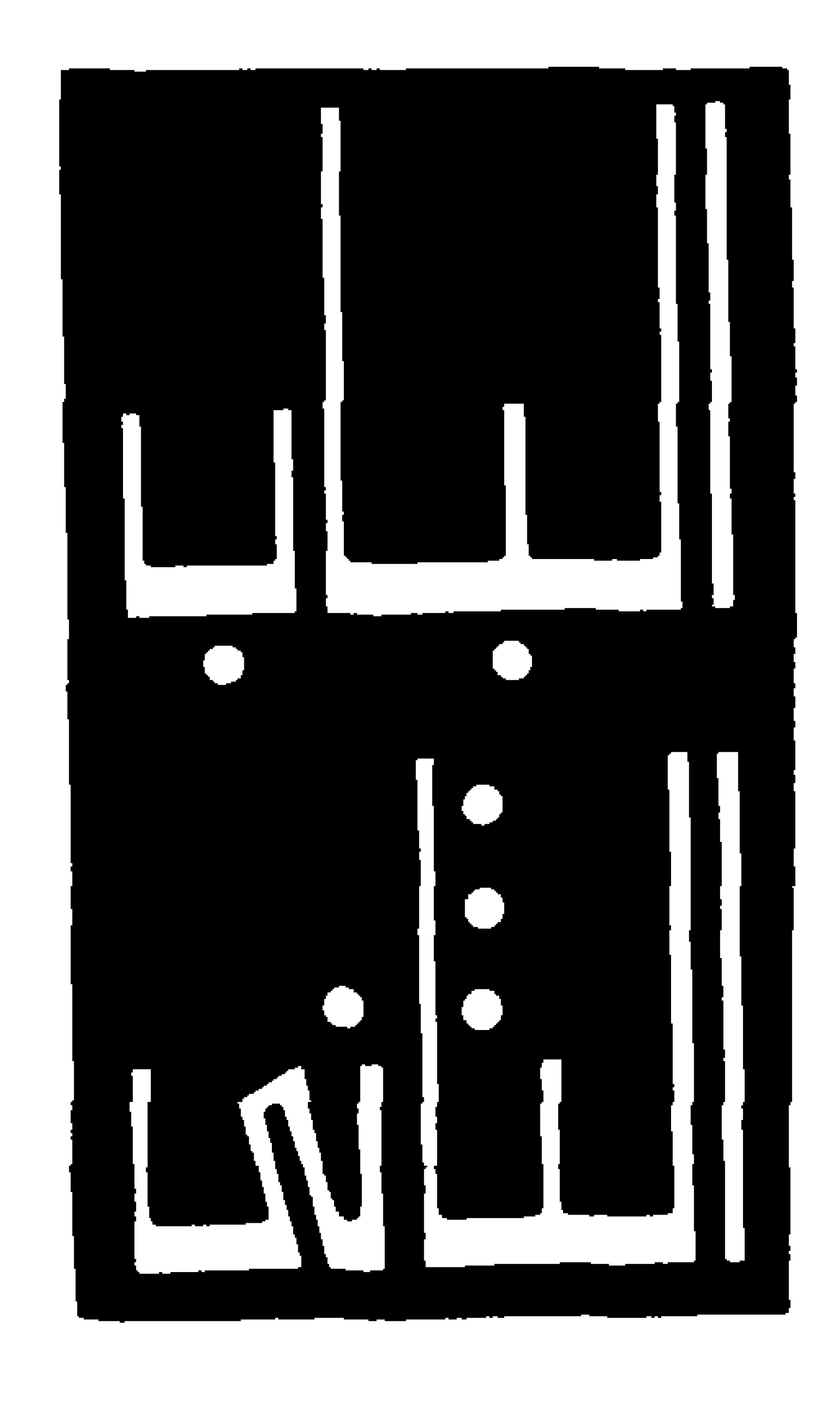
(٢٢) الفريد أدلر: عاش بين عامى (١٨٧٠ ـ ١٩٣٧) وكان عضوا فى جماعة التحليل النفسى ثم رئيسا لها ثم استقال وكون جماعة خاصة به عرفت باسم مدرسة علم النفس الفردى .

(٢٣) اريك إريكسون: ولد عام (١٩٠٢) وهو عالم نفسى أمريكى معروف بنظريته عن النمو النفسى الاجتماعى، وهو ذو خلفية عالمية، وحلل لبعض الشخصيات من خلال دراسة تاريخها مثل غاندى .

الاجتماعى ، وفى كل مرحلة جديدة تحدى (صراع) جديد ، ففى السنة الأولى يواجه الطفل صراعا بين الأمان فى مقابل عدم الثقة ، وهذا طبقا لعلاقة الأم بالطفل فاذا نجحت فى إقامة علاقة يشعر فيها الطفل بالأمان فإنه يثق فى الآخر (Basic trust) وإذا فشلت كان الشك والمخاوف من علاقة بآخر .. وفى السنة الثانية حيث تنمو عضلاته فأصبح يمشي مستقلا و يستطيع أن يبتعد عن الأم ، كما يستطيع التحكم فى مخارجه وإطعام نفسه ، أى أنها بداية الاستقلال فإذا شجعته الأم مع توفير الأمان والحماية عندما يسقط ودون لوم فإنه يجتاز هذا التحدى ، أما إذا أشارت إلى أنه سيء فإنه حساس لما يقال عنه وسوف يتولد لديه الشعور بالشك فى القدرات والخجل ، ولذا فإنه (إريكسون) أسمى هذه المرحلة (autonomy v /s shame and doubt) . وأن الطفل من الثالثة إلى السادسة مبادر فى مقابل الاحساس بالذنب (Initiation v /s guilt) فهو متطلع شغوف فضولى ، وتكون مبادرته الأولى داخل الأسرة فيتعلق بوالده من الجنس المقابل ثم يبدأ فى التفرقة بين ما يريده هو وما يطلب منه أن يفعل ، وتزداد هذه التفرقة وتتسع حتى يحول تدريجيا قيم والديه على أنها طاعة لنفسه وتوجيه لنفسه وعقاب نفسه .. ومن السادسة إلى الثانية عشرة من عمر الطفل ينتقل إلى المدرسة و يثابر من أجل تعلم مهنة ، حتى يصبح لديه ثقة فى نفسه وفى قدرته على استخدام أدوات الكبار ، وإذا فشل فإنه يشعر بالنقص والدونية وأسمى إريكسون هذه المرحلة المثابرة فى مقابل الشعور بالدونية(Industry v /s inferiority) . ثم يكون البلوغ الذى يبرز فيه اختلاف المراهق عن نفسه قبل ذلك وعن مايرغبه والداه و يسلمه هذا إلى غموض الرؤية (غموض الدور) ، وأطلق على هذه المرحلة الهوية فى مقابل غموض الدور (Identity v /s Role Confusion) وهى من الثانية عشرة إلى الثامنة عشرة وفى هذه المرحلة يتجمع المراهقون معا فى صورة شلل وجماعات ، و يكون الشاب فى شك بين ماتعلمه من أخلاقيات وهو طفل ومايراه حادثا بين الكبار ، وأبرز مايعانيه الشباب فى هذه المرحلة هى أزمة الهوية (Identity Crisis) ومحورها تساؤلان أساسيان : من أنا ؟ وماذا أريد ؟ .. و بدء الارتباط بعلاقة راشدة من ألفة أو زواج مع آخر من الجنس الآخر هى بداية مرحلة الألفة فى مقابل العزلة (Intimacy v /s isolation) .. وعندما يصل الشخص إلى سن الأربعين فإنه

يتساءل عن معنى وجوده و يبدأ انتاجا من أجل المجتمع ويحقق به معنى لوجوده في مقابل الخمول واللامبالاه (Generativity v /s stagnation) .. وعندما يصل الإنسان إلى عمر الستين ينظر إلى ما مضى من عمره فيشعر بأن إنجازاته قد تكاملت و يرضى عن نفسه ، فيكون الرضا والقوة فى مواجهة الموت ، و بدون ذلك يكون اليأس والخوف من الموت . (Integrity v /s despair) .





الأعراض المرضية والنفسـية .

المقابلة والفحص النفسى والتشخيص .

الأهمية الإكلينيكيـة لبـيانات المقابـلة .

مقدمة

لاشك أن هدف المهنة الطبية هو تخفيف المعاناة عن الانسان المريض بتقديم العلاج (بالاضافة إلى وقاية السليم) ، ولايمكن أن يقدم العلاج ؟إلا بعد تشخيص المرض ، وللوصول إلى تشخيص المرض النفسى يلزم المعرفة بالظواهر المرضية النفسية (الاعراض النفسية) ، ثم المعرفة بكيفية استخلاص هذه الظواهر عن طريق المقابلة والفحص النفسى .. ولذا فإننا سوف نعرض فى الفصول التالية للأعراض النفسية ثم كيفية إجراء المقابلة والفحص النفسى وصولا إلى التشخيص ، فالتشخيص لابد أن يمر بمستويين أولهما : على مستوى العرض وهو توصيف الظاهرة التى يشكو منها المريض أو يستخلصها منه الطبيب (وهذا مانعرض له فى الفصل الأول من هذا الباب) ، وثانيهما على مستوى اللزمة المرضية (Syndrome) وهو تجميع الظواهر المرضية معا فى لزمة واحدة (وهو مانعرض له فى الفصل الثانى من هذا الباب) .

الفصل الأول

الأعراض المرضية النفسية
(Psychiatric Symptoms)

عندما تضطرب وظيفة جسمانية معينة فإن ذلك ينتج أعراضا جسمانية فمثلا تعتبر وظيفة تنظيم اخراج الفضلات هى إحدى وظائف الأمعاء الغليظة ، وعند اضطراب هذه الوظيفة تنتج أعراضا مرضية مثل الامساك والاسهال .. وكذلك الحال بالنسبة للوظائف النفسية فإنها حين تضطرب ينتج عنها أعراض مرضية نفسية ..

وسوف نفصل ذلك فيما يلى :ـــ

(١) الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب الوعى :ـــ
(Disturbances of Consciousness)

يتغير الوعى كميا فى حالة النوم (Sleep) حيث يتناقض وعى الشخص بذاته وما حوله ولكن عند تنبيهه يعود الى حالة الوعى الطبيعى ... ولكن قد يصبح النوم مرضيا فى حالات :ـــ

١ ـــ كثرة النوم (Hypersomnia) .

٢ ــ النوم الانتيابى (السبخ) (Narcolepsy) وهو اضطراب النوم الذى يتميز بنوبات قصيرة لا ارادية من النوم ومتكررة .

٣ ــ الوسن (Somnolence) وهى حالة النوم المرضى (أو الدروخة) التى يمكن ايقاظ الفرد منها الى حالة الوعى الطبيعية .

وهناك حالات أخرى من اضطراب الوعى الكمى هى :ــ

١ ــ الغيبوبة (السبات) (Coma)

وهى حالة فقدان الوعى الشديد التى لايمكن ايقاظ الفرد منها مهما كانت شدة المثير .

٢ ــ الغيبوبة الساهرة (السبات السهرى) (Coma Vigil)

وهى حالة فقدان الوعى التى تبقى فيها العينان مفتوحتان .

٣ ــ شبه الغيبوبة (الذهول) (Stupor)

وهى حالة من نقص التفاعل للمثيرات ونقص الوعى بالبيئة المحيطة .. و يستخدم نفس اللفظ فى الطب النفسى كمرادف للبكم (mutism) وليس بالضرورة أن يكون متضمنا اضطراب الوعى ، كما يحدث فى الفصام الكتاتونى حيث يكون واعيا بكل ما حوله .

٤ ــ تشوش الوعى (Confusion)

حيث يضطرب الوعى بدرجة لا يستطيع المريض ادراك البيئة (الزمان والمكان والأشخاص .

٥ ــ الخدار (Torpor)

وهى حالة من تناقص الوعى غير المصحوبة بهلاوس أو خطأ تأو يل أو ضلالات أو عدم استقرار ، و يكون المريض لامبالى وخامل وغير قادر لأن يعبر عن نفسه بوضوح .

٦ ــ الغيبة (Trance)

وهى حالة تشبه النوم من نقص الوعى والنشاط .

وهناك تغيرات كيفية (نوعية) فى حالة الوعى نذكر منها :ــ

١ ـ الانشقاق (Dissociation)

وهى حيلة دفاعية يحدث فيها عزل بعض الوظائف العقلية أو السلوكية عن باقى النشاط النفسى للشخص .

٢ ـ التغير بما يشبه الحالم

(Dream like change of consciousness)

حيث يتناقص مستوى الوعى (وهى خبرة ذاتية) وتزيد عتبة الأدراك الحسى لكل المثيرات و يكون المريض غير مدرك للزمان والمكان الا أنه يكون مدركا للأشخاص ، وتكون حالة التغير هذه مصحوبة بهلاوس بصرية لحيونات صغيرة مع خوف ، ونادرا ماتصاحب بهلاوس سمعية وشمية ، وهى غالبا مرتبطة بتلف (آفة) فى الفص الصدغى .

٣ ـ تضيق الوعى (Restriction of Consciousness)

وفيها يضيق وعى المريض حيث يطغى على عقله مواقف قليلة وأفكار قليلة بالاضافة الى عدم ادراكه للزمان والمكان ... وتشمل :ـ

أ ـ حالة تشبه نوم الفجر (Twilight State)

وهى تضيق الوعى المرضى الطارىء الذى يمنع استمرار حالة الوعى الطبيعى والسلوك السوى وتحدث فى حالات الصرع .. وتحدث فى حالات الهستيريا (Hysterical Twilight State) وفيها يحدث تضيق الوعى لأسباب ودوافع لاشعورية وتسمى (كاتا ثيميا) (Catathymia)

ب ـ حالة الشراد (Fugues)

وتطلق على حالات التجوال (Wandering) المصحوبة بفقدان ذاكرة الى حد ما .

٤ ـ المشى أثناء النوم (Somnabulism)

وهى حالة من الانشقاق يكون فيها النشاط الحركى واعيا فى حين يكون النشاط الفكرى غير واعى .... وهى غالبا تحدث للأطفال ... وعندما تحدث للكبار فإنها غالبا ماتكون مرتبطة باضطرابات نفسية أخرى مثل الشخصية الشبه فصامية أو الفصام .

(٢) الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب الأنتباه :ــ
(Attention Disturbances)

١ ــ قلة الانتباه (Inattention)

حيث يقل الانتباه أو ينعدم أما نتيجة لتغير الوعى (كما فى حالة شبه الغيبوبه) أو تغير الوجدان (كما فى حالة الاكتئاب).

٢ ــ زيادة الانتباه (Hyperprosexia)

حيث يزيد الانتباه زيادة ملحوظة فنية المريض الى كل المثيرات وتفاصيلها ، كما فى مرض الهوس .

٣ ــ التشتت (Distractability)

حيث يتجه المريض لكل المثيرات الجديدة كما فى حالات القلق أو الاجهاد أو الهوس أو الفصام أو بعض حالات الاصابة العضوية بالمخ ، فلا يستطيع التركيز فى مثير معين .

٤ ــ الانتباه الانتقائى (Selective attention)

حيث يفشل الشخص فى تركيز انتباهه تجاه الأشياء الباعثة على القلق .

(٣) الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب الاهتداء (ادراك البيئة) (الوعى بالزمان والمكان والاشخاص). (Orientation).

١ ــ اضطراب الوعى بالزمان (disoriented for time).

حيث يضطرب الوعى باليوم من الأسبوع والساعة بالتقريب وتاريخ اليوم والسنة والفصل من السنة .

٢ ــ اضطراب الوعى بالمكان (disorientation for place).

حيث يضطرب الوعى بالمكان الموجود فيه حاليا وعنوان البيت وسبب وجوده فى هذا المكان فى هذا الوقت .

٣ ــ اضطراب الوعى بالاشخاص (disorientation for persons).

حيث يضطرب الوعى بهوية نفسه وهوية الآخرين فى بيئته المباشرة فيما يتعلق بأسمائهم ودور كل منهم فى البيئة المشارك لهم فيها .

وقد تجتمع الأبعاد الثلاثة لادراك البيئة فى اضطراب أو أثنتان منهما أو تكون واحدة فقط .

٤ ـ الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب الادراك

(Disturbances of perception)

وتقسم إلى مجموعتين :ـ

الأولى : تشوهات الادراك الحسى (Sensory distortions) وتحدث مع الادراك الحقيقى للموضوعات التى يتم استقبالها بطريقة مشوهة .. ومنها :ـ

١ ـ التغير فى شدة الاحساس بالزيادة أو النقص (Hyperaethesia and hypoaeshesia) حيث تزيد شدة الاحساس عند الانفعالات الشديدة وعند انخفاض عتبة (Threshold) الاحساس .. ونرى ذلك فى شخص قلق فانه حساس للضوضاء والعكس يحدث عندما يكون شخص مكتئب فانه يحس الاشياء كأنها قادمة من بعيد .

٢ ـ التغير فى الكيفية : حيث أن بعض المواد السامة تشوه الادراك البصرى ، فتلون كل الادراكات باللون الأصفر (Xanthopsia) أو باللون الأخضر أو باللون الأحمر (Chloropsia) . Or (Erythropsia)

٣ ـ التغير فى الحيز المكانى (Dysmegalopsia) : ويحدث كبر حجم الموضوعات المدركة (Macropsia) أو صغر حجم الموضعات المدركة (Micropsia) أو بعد ما هى موجودة دون تغير فى الحجم (Porropsia) .

وكبر حجم المدركات وصغرها يحدث فى الحالات الآتية :ـ

١ ـ الأحلام والهلاوس .
٢ ـ أمراض الشبكية .
٣ ـ اضطراب تكيف العين (Disorders of accomodation)
٤ ـ خلل بالفص الصدغى (الجزء الخلفى) .
٥ ـ تسمم بالأتروبين أو الهيوسين أحيانا .

الثانية : خداعات حسية (Sensory Deceptions)

١ ـ خطأ التأويل (خطأ الأدراك Illusion) .

وهو الفهم (التفسير) الخاطىء لمثير مثل الطفل الذى يعانى من هذيان الحمى عندما يرى مقياس الحرارة (الترمومتر) فى يد الممرضة فيظنه خنجر .

٢ ــ هلاوس (Hallucinations)

وهى الادراك بدون مثير، مثل المريض الذى يسمع صوتا يسبه دون وجود أى صوت .

وهناك خيالات عقلية كثيرا ماتتشابه مع الهلاوس لدرجة اطلق عليها الهلاوس الكاذبة (Pseudohllucinations) ويمكننا أن نميز بين الهلاوس والكاذبة والحقيقة كما يلى :ــ

الهلاوس الحقيقية	الهلاوس الكاذبة
١ ــ لها وجود حقيقى .	١ ــ ليس لها وجود حقيقى
٢ ــ مكتملة المعالم ومحددة الخطوط	٢ ــ ليست مكتملة المعالم وعير محددة الخطوط
٣ ــ تظهر فى مكان موضوعى	٣ ــ تظهر فى مكان ذاتى أو غير محدد المكان .
٤ ــ لا تخضع للرغبة	٤ ــ تخضع للرغبة (يستدعيها وقتما يشاء)

ونلحص أسباب الهلاوس فيما يلى :ــ

١ ــ الانفعالات الشديدة مثل الاكتئاب شديد المصحوب بالشعور بالذنب .

٢ ــ الإيحاء

٣ ــ اضطرابات أعضاء الحس (مثل مرض العين أو الأذن) .

٤ ــ الحرمان الحسى (Sensory deprivation) .

٥ ــ اضطرابات الجهاز العصبى المركزى .

٦ ــ الفصام .

وقد تكون الهلاوس متوافقة مع الحالة الوجدانية (Mood — Congruent) من اكتئاب أو هوس (مثل المكتئب الذى يسمع صوتا يقول له أنه سىء) ، وقد تكون غير متوافقة مع الحالة الوجدانية (Mood incongruent) .

وقد تحدث الهلاوس أثناء دخول الفرد فى النوم (Hypnagogic Hallucinations)

وقــد يحــدث عــنــد اســتــيــقــاظــه مــن الــنــوم وفــتــح عــيــنــيــه (Hypnopomic Hallucinations) .

وأنـواع الهـلاوس وخـطأ التأو يل حسب الـحساسة التى أستقبلت بها ، وهى تبعا لذلك :ـــ

ــ بصرية (Visual) ــ سمعية (Auditory) .

ــ شمية (Olfactory) ــ تذوقية (Gustatory) .

ــ حسية (لمسية) (Tactile) .

وهـناك أنواع آخرى من الهلاوس ليست لها علاقة بأعضاء الـحس المتخصصة هى :ـــ

١ ــ الاحـسـاس الـعـمـيق بالألم : الاحساس بألم التمزق فى أعضائه وتحدث فى الفصامين المزمنيين .

٢ ــ الاحـسـاس بالسقوط فى الهواء أو الغوص فى الفراش .. ويحدث فى الـحالات العضو ية الـحادة خاصة حالات الهذيان الارتعاشى .

٣ ــ الاحـسـاس بوجود آخر عندما يكون الشخص بمفرده .. ويحدث فى الـحالات العضو ية والفصام والهستريا .

٤ ــ هـلاوس وظيفية (Functional Hallucinations) حيث الهلاوس متسببة عن مـثير ولـكـن الهلاوس والمثير كلاهما هلوسة مثل المريض الذى يخبر أن الرب تكلم اليه من خلال ضوضاء ، والكلام هنا والضوضاء كلاهما من قبيل الهلاوس .

٥ ــ الهـلاوس المنعكسة (Reflex hallucinations) ، (Synesthesia) حيث يكون المثير فى مجال حسى يسبب هلوسة فى مجال حسى آخر . مثل المريض الذى يحس ألما عندما يحس بعطس آخر بجانبه .

٦ ــ هلاوس خارج مجال الـحس مثل الذى يرى شخصا واقفا خلفه .

٧ ــ شـبـح المـرآة المـتـخيل (phantom mirror — image) حيث يرى نفسه كأنه يـنـظـر فى مـرآة ويحـدث فى قـلـيـل مـن حـالات الـفـصـام وفى حـالات الهـذيـان

(Delirium) والصرع المتسبب عن المنطقة المؤخرية الجدارية . (parieto — occipital) .

٨ ــ رؤية الذات السالبة (Negative autoscopy) حيث ينظر فى المرآة فلا يرى نفسه فى حالات الاصابة العضوية للمخ .

٩ ــ رؤية الأحشاء الداخلية عندما ينظر فى المرآة (Internal autoscopy)

١٠ ــ هلاوس جسدية (Somatic Hallucination) : حيث يدرك الشخص خطأ حدوث أشياء فى جسمه (غالبا حشوية) .

١١ ــ اختلال الإنية (Depersonalization) : حيث يشعر الشخص أنه غير حقيقى أو غريب أو غير مألوف لنفسه أو أنه تغير .

١٢ ــ اختلال ادراك البيئة من حوله (Derealization) : وهو شعور ذاتى بتغير البيئة من حوله أو أنها غريبة أو غير حقيقية .

(٥) الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب الذاكرة :ــ
(Disturbances of memory)

١ ــ النساوة (فقدان الذاكرة) (Amnesias)

حيث يفشل فى استدعاء الأحداث السابقة وتشمل :ــ

أ ــ نساوة للأحداث القريبة (Anterograde Amnesia) وتحدث فى سن الشيخوخة أو مرض كورسا كوف أو تصلب شرايين المخ .

ب ــ نساوة للأحداث البعيدة (Retrograde Amnesia)حيث يفقد الشخص القدرة على استدعاء الأحداث التى مر عليها بعض الوقت والتى يفترض بأنها أصبحت راسخة (Consolidated) .

جـ ــ فقدان ذاكرة لأحداث معينة (Circumscribed Amnesia) وقد تسمى فجوات الذاكرة (Amnesic Gaps) مثل مايحدث فى حالات الهستريا حيث تكون الأحداث مرتبطة بالخوف أو الغضب أو الخجل ، وهذا النوع من النساوة يعتبر انتقائى .

٢ ـ تشوه الذاكرة (Distortion of memories) وتشمل :ـ

أ ـ تشوه الاستدعاء (Paramnesia) وذلك بواحدة مما يلى :ـ

(١) حيث تزييف الأحداث الماضية (Retrospective Falsification) حيث يزيف الأحداث الماضية عندما يتحدث عنها ، ودرجة التزييف تعتمد على درجة الاستبصار ونقد الذات ، وهذا التزييف يشيع فى الشخصيات الهستيرية .

(٢) ادعاء الضلالات كخبرة ماضية (Retrospective delusions) مثل الفصامى الذى يرجع ضلالاته لعدة سنوات مضت برغم أن مرضه حديث .

(٣) الذكريات الضلالية (Delusional memories) قد تأخذ الضلالات الأولية شكل ذكريات .

(٤) التلفيق (Confabulations) وهو تذكر أحداث على أنها حدثت للمريض بينما هى لم تحدث اطلاقا .

ب ـ تشوه التعرف (Dysmnesia) وذلك بواحدة مما يلى :ـ

(١) ظاهرة الألفة (Deja Vu Phenomenon) حيث يعتقد المريض أنه يعرف جيدا هذا الشخص رغم أنه يقابله لأول مرة .

(٢) التعرف الخاطىء (Misidentification) وهو إما خطأ تعرف موجب حيث يتعرف على الغرباء كأصدقاء أو خطأ تعرف سالب حيث ينكر أصدقائه وأقاربه ؛ أو موقف حقيقى سبق أن خبره (Jamais vu)

(٣) حدة الذاكرة (hypermnesia) : وهى درجة مبالغ فيها من تسجيل الأحداث واستدعائها .

(٦) الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب الوجدان (العاطفة).

. (Disturbances of emotion)

مقدمة :ــ

نحب ان نذكر هنا بعض التعريفات المتعلقة بالعاطفة والتى يمكن أن تتداخل مع بعضها وهى (١) :ــ

١ ــ الشعور (Feeling) .

وهى خبرة الانفعال الذاتية .. أو هو التفاعل الايجابى أو السلبى لخبرة ما .

٢ ــ الانفعال (Emotion) .

وهو حالة الحيوية التى تنشأ من التغيرات الفسيولوجية الحادثة كاستجابة لحدث ما وتميل الى المحافظة عليه أو الغائه .

٣ ــ وجدان (Affect) .

وهو الأنفعال المباشر الذى يحدث كاستجابة لحدث ما ، والذى يمكن ملاحظته ، أو بمعنى آخر هو الشعور الذى يمكن مشاهدته .

٤ ــ المزاج (الحالة المزاجية) (Mood) .

وهو حالة الانفعال التى تبقى لفترة الى درجة أنها تلون ادراك الشخص للعالم من حوله .

٥ ــ المزاج المميز للشخص (Temperament) .

وهو التهيئة المتأصلة لدى الشخص الذى يجعله يتفاعل بطريقة معينة مع المثيرات ، و يتحدد مبكرا فى حياة الفرد.

و يعتبر الوجدان بالنسبة للمزاج كالطقس بالنسبة للمناخ

---

(١) سبق أن عرضنا لهذه التعريفات ضمن الحديث عن الوظائف النفسية ونعرض لها ثانية لما تحدثه من لبث لدى كثير من الدارسين .

الأعراض :—

١ — التهيئة العاطفية الشاذة (Abnormal emotional predisposition) .
وتحدث لدى الأشخاص ، غير الاسوياء الذين تكون امزجتهم شاذة مثل المزاج الدورى (Cyclothymic temperment) أو المزاج السريع الاستثارة (irritable) ، أو الذين يتميزون ببرود عاطفى ونقص الانفعالات .

٢ — التعبير عن الانفعالات بطريقة مرضية أو غير عادية :—
(Abnormal expression of emotions)

(أ) انشقاق الوجدان (Dissociation of affect)
وهو تفاعل دفاعى لا شعورى ضد القلق

(ب) فقدان الشعور (Apathy) .
يفقد المريض الخبرة الانفعالية وكذلك القدرة على التعبير الانفعالى .

(جـ) عدم التمايز (Indifference) .
حيث يشعر المريض بالشعور المناسب ولكنه لا يستطيع التعبير عن ذلك .

(د) الارتباك الانفعالى (Emotional Perplexity)
و يشير الى حالة الارتباك الذى يحدث فى حالات القلق وتغيم الوعى والفصام الحاد .

(هـ) التناقض الوجدانى (Inadequaty or incongruity)
خيث يظهر المريض تفاعلا يتناقض مع الظروف المحيطة .

(و) التقلب الوجدانى (Lability of affect) .
وهى حالة التغير الانفعالى من نقيض الى نقيض بسرعة و بدون سبب مناسب .

(ل) الضحك القسرى (Forced Loughing)
والبكاء القسرى (Forced Weeping)
حيث يعبر المريض بالضحك أو البكاء فى غياب السبب المناسب ،

ويستعمل لذلك وصف خاطىء هو (الوجدان القهرى) (Compulsive affect) .

٣ـــ اضطرابات الانفعال المرضية والتفاعلات غير العادية :ـــ

(أ) القلق (Anxiety) وهو الخوف غير المحدد وتوقع حدوث مكروه .

(ب) الهلع (Panic) وهو الزعر المصاحب بالاحساس بالهلاك مع أعراض جسمانية مثل الاحساس بالاختناق وزيادة ضربات القلب .

(جـ) الرهاب (Phobia)وهو الخوف المرتبط بشيء معين .

(د) الاكتئاب (Depression) وهو الشعور بالحزن الشديد بسبب غير مناسب أو بدون سبب .

(هـ) المرح المرضى (euphria ,elation) .
وهى حالة المرح الشديد دون سبب مناسب وغالبا مايصاحبه الشعور بالعظمة . ويحدث فى حالات الهوس والتصلب المتناثر (M. S) واصابات المهيد .

(و) الشطح الوجدانى (Ecstacy) .
وهو حالة من الانسجام الشديد والاحساس الذاتى بالتواصل مع الخالق .

(٧) الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب التفكير :ـــ

(Disturbances of thinking)

إذا تخيلنا أن التفكير يتكون من فكرة مرتبطة بالفكرة التى بعدها وهذه أيضا مرتبطة بما بعدها لأمكننا أن نتصور التفكير كالقطار الذى يتكون من عربات مرتبطة ببعضها تجرها قاطرة فى مسار خاص نحو هدف معين ، وللقطار نوع وللعربات محتوى ..

ويمكننا أن نطبق نفس العناصر على التفكير ، فهو يتكون من :ـــ

١ ـــ القوة المتحكمة فى التفكير (Power or control of thinking)

٢ ـــ مسار التفكير (Stream of thinking)

٣ ــ هدف التفكير (Goal of thinking)

٤ ــ نوع التفكير (Type of thinking)

٥ ــ محتوى التفكير (Thought content)

٦ ــ ارتباط الأفكار ببعضها (Association of thinking)

٧ ــ كمية الأفكار (Amount of thinking)

٨ ــ شكل التفكير (form of thinking)

وكل من هذه العناصر قد يضطرب و ينتج عنه أعراض مرضية وسوف نفصل ذلك فيما يلي :ــ

١ ــ الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب القوة المتحكمة فى التفكير :ــ

(Disturbances of control power or possession of thinking)

(أ) الوساوس (Obsessions)

حيث تظهر ضد رغبة المريض وتأخذ شكل أفكار أو خيالات عقلية أو مخاوف أو نزعات ..

وتأخذ الأفكار الوسواسية شكل الاجترارات (Ruminations) وتحدث الوساوس فى مرض الوسواس والاكتئاب والفصام و بعض الإصابات العضوية بالدماغ (خاصة بعد التهاب المخ) .

(ب) تغرب التفكير (Thought alieneation) حيث يخبر المريض أن أفكاره تحت تحكم قوى خارجية وهذه القوى :ــ

ــ تضع له أفكارا فى رأسه ليست خاصة به (Thought insertion)

ــ تسحب أفكاره من رأسه (Thought withdrawal)

ــ تذيع أفكاره على الناس (Thought broadcasting) .

(يلاحظ أن هذه المجموعة من الأعراض تشير الى أن الحدود بين الأنا والمحط الخارجى قد تحطمت) (Loss of Ego Boundaries) .

٢ ــ الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب مسار التفكير:ــ
(Disturbances of stream of thinking)

(أ) اضطراب سرعة التفكير (Disturbance of tempo)
تضطرب سرعة التفكير و ينتج عن ذلك أى مما يلى :ــ

(١) تطاير الأفكار (Flight of ideas) : حيث يكون الكلام مستمرا وليس مرتبطا و يتم الانتقال من فكرة الى اخرى بطريقة القفز دون الربط ، ويحدث فى حالات الهوس الحادة والفصام وحالات التلف العضوى بالدماغ خاصة اصابات المهيد .

يلاحظ أن تطاير الأفكار فى حالات الهوس الخفيف (Hypomania) يكون مرتبا (Ordered flight of ideas) و بالرغم من كثرة اللغو فإن المريض يمكنه العودة الى الهدف .. بينما تكون تطاير الأفكار شديدا فى حالات الهوس الحاد (Acute mania) لدرجة أن التفكير يصبح مشوشا .
ولكن يلاحظ أيضا أنه فى حالات الهوس عموما يمكن للمستمع المنتبه أن يتابع التغيرات فى الموضوع حيث أنها ليست جوهرية ، بينما يكون الانتقال فى كلام الفصامى ملحوظا لدرجة لايمكن معها متابعة الموضوع .
وغالبا مايفقد المسار الأساسى للتفكير.

(٢) تبلد مسار التفكير (Retarded thinking) .
وهو البطء الشديد فى مسار التفكير و يكون مصحوبا بنقص التركيز ونقص الانتباه وفقد ذاكرة كما يحدث فى الاكتئاب المتبلد .

(٣) التفاصيل الكثيرة غير الضرورية (Circumstantiality) .
وغالبا ماتكون هذه التفاصيل غير مناسبة أيضا ، و يرجع ذلك لنقص قدرة الشخص فى الحكم على الأمور وتقوقعه حول ذاته ، ويحدث لدى الصرعيين والأغبياء والوسواسيين .

ب ــ اضطراب انسياب التفكير
(Disturbance of continuity of thinking)

(١) الوظوب (Perseveration) .
وهو الترديد المرضى لنفس الاستجابة فى الرد على مختلف الأسئلة ، وهى شائعة فى اضطرابات الدماغ المعممة والموضوعية (Generalized and localized) .

(٢) انسداد مسار التفكير (Thought block) .
وهو التوقف المفاجىء للتفكير، وقد يسترسل فى فكرة جديدة تماما .

(٣) الخروج عن المسار (derailment) :
وهو الانحراف التدريجى أو المفاجىء فى قطار التفكير دون انسداد المسار، وأحيانا يستخدم كمرادف لتفكك روابط التفكير.

٣ـ الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب هدف التفكير
(Disturbance of goal of thinking)

حيث يكون بلا هدف (Non goal directed) أو يكون له هدف ولكن يخطئه عن طريق :ـ

(أ) الاجابة التى ليس لها علاقة بالهدف (Irrelevant answer)

(ب) المماسية للهدف (Tangentiality)
حيث يستغرق المريض فى الأفكار الجانبية ولا يستطيع الوصول الى الفكرة الرئيسية .

(جـ) التكثيف (Condensation)
وهو عملية تجميع لمفاهيم مختلفة فى مفهوم واحد .

٤ ـ الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب نوع التفكير
(Disturbances of type of thinking)

يصبح تفكير المريض ذاتويا (Autistic) منصبا على ذاته وليس له علاقة بالواقع المحيط به .. أو يصبح سحريا (magical thinking) وهو التفكير غير المنطقى الذى يشبه تفكير مرحلة مابعد العمليات (Preoperational) لدى الأطفال ،

حيث يكون للأفكار أو الكلمات أو الأفعال قوة يفترض أنها تمنع وقوع الأحداث، كما فى تفكير مرضى الوسواس القهرى .

٥ ـ الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب محتوى التفكير

(Disturbances of thought content)

(أ) الضلالات (Delusions):

وتعرف بأنها أفكار ثابتة وخاطئه لايمكن تصحيحها بالحجة والمنطق ولاتتناسب مع ثقافة الشخص و بيئته .. وقد تكون ضلالات أولية (Primary delusions) وهى التى تظهر فجأة ولايمكن تشكيك المريض فيها .. وقد تكون ثانو ية (Secondary delusions) وهى التى تظهر ثانو ية لاضطراب آخر سبقها فى الظهور مثل الهلاوس أو اضطراب الوجدان أو الضلال الأ ولى . وقد تكون متوافقة مع الوجدان أو غير متوافقة .

وأحيانا تكون الضلالات منتظمة (Systematized) اذا كانت مترتبة على بعضها بطريقة شبه منطقية .. وأحيانا تكون غير منتظمة (Unsystematized) إذا كانت غير مرتبه ، أو مفرطة الغرابة (Bizarre) .

والضلالات من حيث ما تحمله من معنى قد تكون :ـــ

(١) ضلال الاضطهاد (Delusions of persecution) حيث يعتقد المريض أن هناك من يضطهده و يضمر له السوء ... و يظهر ذلك فى صورة :ـــ

ـــضلال الاشارة (Delusion of reference)

اعتقاد المريض أن كل ما يحدث حوله يشير اليه فاذا همس انسان لجاره اعتقد أنه يقصده بذلك .

ـــضلال التأثير (Delusions of influence) :

حيث يعتقد المريض أن هناك من يؤثر عليه و يدفعه للتصرف أو التفكير دون أن يكون له إراده فى ذلك وهو مايسمى بضلال السلبية (Passivity delusion) .

ـ ضلالات التسمم أو العدوى
(Delusions of being Poisoned or infected) .
حيث يشعر المريض بتغير و يعزى ذلك إلى أن هناك من يضع له السم فى الطعام .

(٢) ضلال الخيانة (Delusion of infidility) .
وفيه الغيرة والاعتقاد بأن خيانة زوجته له تحدث مرارا .

(٣) ضلال الحب (Delusions of love) أو المحب الخيالى (Fantasy Lover) حيث يحب المريض شخصا و يعتقد تماما أنه يبادله نفس الشعور، رغم أنه قد لايوجد بينهما أى تعارف ... ويحدث ذلك فى بداية الفصام أو الشخصيات المضطربة النمو.

(٤) ضلال العظمة (Grandiose delusion) .
وفيها يعتقد المريض أنه شخص مهم بصفة خاصة أو أنه عظيم جدا، كما يحدث فى حالات الهوس .

(٥) ضلال اعتلال الصحة (Delusions of ill health) .
حيث يعتقد المريض أنه معتل الصحة جسمانيا وتسمى ضلال اعتلال الصحة الجسمى (Hypochondriacal delusions) .
أو أنه معتل الصحة العقلية لدرجة لن يبرأ منها ، وتسمى ضلالات الجنون الذى لا يبرأ (Delusions of incurable insanity) ، ويحدث هذا فى حالات الاكتئاب والفصام .
ومن قبيل ضلالات الجنون الذى لا يبرأ الأم التى تعتقد أنها مريضة بالجنون الشديد وأنه قد انتقل منها الى اطفالها وأنه لاأمل فى شفائهم فتقتلهم ثم تنتحر .

(٦) ضلالات الاحساس بالذنب (Delusions of guilt) .
حيث يلوم المريض نفسه و يقلل من قدرها بدرجة شديدة، ويحملها كل الذنب فى كل الأمور، كما يحدث فى حالات الاكتئاب الشديدة .

(٧) ضلالات العدمية (Nihilistic delusions).

حيث ينكر المريض وجود جسده أو جزء منه، أو ينكر وجود عقله او العالم من حوله، و يعتبر هذا النوع الدرجة الشديدة لنوعين آخرين من الضلالات أحدهما يتعلق باعتقاد الشخص أنه قد تغير وأصبح شخصا آخر (Delusion of depersonalization) وألثانى يتعلق باعتقاد الشخص أن كل ماحوله قد يتغير من أماكن وأشخاص (Delusion of derealization).

(٨) ضلالات الفقر (Delusions of poverty).

وهنا يعتقد المريض أنه فقير معدم وأن الحرمان والعوز مصيره هو وأسرته، كما يحدث فى مرض الاكتئاب.

(ب) الأفكار المبالغ فى قيمتها (Overvalued ideas).

وهى الأفكار التى ارتبطت بمشاعر خاصة وأصبحت تطغى على ماعداها من أفكار.

(جـ) الفلسفات الكاذبة (pseudophilosophy).

وهى تشبه الضلالات من حيث خطئها ولكنها غير ثابتة، حيث أنها يمكن أن تهتز لدى المريض خلال المناقشات.

(د) ممارسة الوهم الكاذب (Pseudologia fantastica)

وهو نوع من الكذب فيه يبدو الشخص أنه يعتقد فى واقعيه خيالاته ويمارسها.

(هـ) الانشغال المسبق (preoccupation)

حيث يدور تفكير الشخص حول فكرة ماتسيطر عليه، فقد يكون الانشغال بذاته مرضيا وهو مايسمى هوس الذات (Egomania)، أو قد يكون الانشغال بموضوع واحد (Monomania)، أو الانشغال المسرف بصحته غير المبنى على أساس عضوى حقيقى ولكن على تفسيرات غير حقيقية لاحساسات أو علامات جسمانية غير مرضية (Hypochondriasis)

٦ ـ الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب ترابط التفكير:ـ

(Dist. of association of thinking)

(أ) الترابط الصوتى (clang association):

وهو ترابط الكلمات بتشابه إيقاع أصواتها لا بمعانيها ومن ثم يفقد الترابط المنطقى للتفكير

(ب) تفكك أو اصر التفكير (Loosening of association)

و يصف هذا العرض الانتقال من فكرة إلى فكرة مختلفة فى الموضوع تماما دون أن يعى الشخص أن الموضوعين ليست لهما علاقة ببعضهما .

(جـ) التنافر (عدم الا تساق) (Incoherence)

و يصف الدرجة الشديدة من تفكك أو اصر التفكير التى تصل إلى ر بط فكرتين لايمكن الجمع بينهما ، أو الاستخدام المفرط للجمل الناقصة .

٧ ـ الاعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب كمية التفكير:

(Dist. of amount of thinking)

(أ) تقل كمية الأفكار لدرجة يوصف معها المريض (بفقر تفكيره) (Poverty of thinking) كما يحدث فى مرض الا كتئاب .

(ب) زيادة الأفكار لدرجة تزاحمها عند تعبير المريض عنها فيظهر ما يسمى بضغط الأفكار (Pressure of thinking) ، كما يحدث فى حالات الهوس .

٨ ـ الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب شكل التفكير:

(Disturbances in form of thinking)

يضطرب شكل التفكير بعدم قدرة المريض على التجريد الذى يحدث فى حالات الفصام([٢]) وتلف الدماغ الشديد .

---

(٢) اعتبر بلو يلر (Bleuler) أن اضطرابات شكل التفكير فى الفصامى هو نقص فى الربط بين الأفكار يؤدى إلى عدم وضوح المفاهيم ، و يعزى ذلك إلى التكثيف (Condensation) . =

(٨) الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب الحركة :ـ
(Disturbances of motility)

١ ـ تغرب الحركة (الاحساس بأنها غريبة عن الشخص)
(Alieneation of motor acts)

(أ) الأفعال الوسواسية (Obsessive acts) .
حيث يتم الفعل ضد اراداته رغم أنه يدرك أنها تخصه ، كما يحدث فى الوسواس القهرى .

(ب) السيطرة الخارجية (External control) .
يفقد المريض تحكمه و يدرك أن أفعاله غريبه عند وضد إرادته ، و يؤكد المريض آنها ليست خاصة به وآن قوى خارجية هى التى تحكمه ، كما يحدث فى الفصام .

(جـ) شبه السيطرة الخارجية (As if externally Controlled)
بعض مرضى القلق يصبحون غير قادرين على أداء نشاطهم ، وقد يشعرون أنهم كما لو كانوا محكومين بتأثيرات غريبة .

= والنقل (Displacement) وسؤ استخدام الرموز (Misuse of symbols)
ـ ومن دراسات شنيدر (Schneider) للفصام اعتبر أن هناك ملامح خمسة لأضطراب شكل التفكير هى :

(١) انزلاق فكرة رئيسية على آخرى فرعية (drailment) .

(٢) الاستبدال (Substitution) .

(٣) الاختصار (omission) .

(٤) التجميع (Fusion) .

(٥) الخلط غير المرتب للأجزاء المكونة لفكرة واحدة (Drivelling) .
و يلاحظ أن هذا المفهوم (شكل التفكير) غير واضح إلى الآن و يفضل عدم استخدامه لما قد يحدثه من لبث .

٢ ــ اضطراب الحركات التكيفية
(Disturbance of adaptive movements)

(أ) اضطراب الحركات التعبيرية (Disrurbance of expressive movements) وتحدث فى الوجه والذراعين واليدين والجذع العلوى

(١) تقطب مابين بين الحاجبين (Omega Sign) وتحدث فى مرض الاكتئاب .

(٢) نقص تعبير الوجه وحركته كما يحدث فى الاكتئاب .

(٣) تصلب الوجه غير المعبر والذى يشمل عين ترقب مايحدث حولها وكأنها تنظر الى العالم من خلال قناع .

(٤) البكاء والدموع كما يحدث فى الاكتئاب .

(٥) نقص الحركة التعبيرية و بطئها كما يحدث فى الاكتئاب .

(٦) زيادة الحركة التعبيرية كما يحدث فى الهوس .

(ب) اضطراب الحركات التفاعلية[٣]

(Disturbance of reactive movements)

حيث تفقد هذه الحركات التفاعلية فى حالات باركنسون ، وتزيد وتكون فجائية فى حالات القلق الشديد .

(جـ) اضطراب الحركة ذات الهدف الموجه

. (Disturbances of goal directed movements)

(١) بطء الحركة (Motor retardation) .

(٢) انعدام الحركة (الذهول) (Stupor) .

---

(٣) وهى الحركات التلقائية التى تحدث كاستجابه لمثير جديد مثل (الهرب عند مواجهة موقف يهدد حياة الإنسان)

(٣) الحركات الغريبة المشوهة (Bizarreness).

(٤) التكلف (التصنع) (Mannerism).
وهو التردد غير العادى لفعل حركى هادف.

٣ ـ اضطراب الحركات غير التكيفية

(Disturbances of non — adaptive movements)

(أ) اضطراب الحركات التلقائية
(Disturbance of spontaneous movements).

(١) زيادة الحركات المعتادة فى حالات القلق مثل حك الرأس ولمس الأنف.

(٢) اللوزام (Tics) وهى انقباضات فى عضلة أو مجموعة من العضلات لا إراديا.

(٣) الرعشة (Tremors) وهى حركات إيقاعية لا ارادية تنتج من تبادل الانقباض والانبساط للمجموعات المتقابلة من العضلات ومنها :ـ

ـ الرعشة أثناء السكون (Static tremors) فى اليدين والرأس والجذع وتحدث فى حالات مثل القلق والهستريا ومرض باركنسون.

ـ الرعشة كتفاعل للخوف الحاد (Shell — Shock) وكانت تحدث للجنود فى الحرب العالمية ليظلوا بعيدين عن ميدان الحرب و يستمر كرعشة هستيرية.

ـ الرعشة القصدية (Intention tremors) وتحدث فى حالات اضطرابات المخيخ والتصلب المتناثر.

(٤) الصعر الشنجى (Spasmodic torticollis)
وهو تقلص فى عضلة الرقبة يجعل الرأس يميل الى نفس الجانب وتدير الوجه تجاه الجانب الآخر.

(٥) الرقص (الكوريا) (Chorea) وهو حركات شبه هادفه مفاجئة لا إرادية سريعة غير منتظمة فى الوجه والأطراف.

(٦) الكنغ (Athetosis) حركات لا ارادية مترددة بطيئة مثل حركة الثعبان أو الكتابة .

(ب) اضطرابات الحركات المستحثة (Disturbance of induced movements)

(١) الطاعة الآلية (Automatic Obedience)

يفعل المريض كل مايطلب منه كأن يطلب منه اخراج لسانه والتقاط قلم به من على الأرض .

(٢) المرونة الشمعية (Wax flexbility)

حيث يضع الفاحص أحد أطراف المريض فى وضع ما و يظل المريض محتفظا بهذا الوضع لفترة أطول مما يمكن للشخص العادى . كما فى الفصام الكتاتونى .

(٣) المحاكاة الحركية (Echopraxia)

كما فى حالات الخرف والتخلف العقلى وتغيم الوعى والفصام الكتاتونى .

(٤) الأسلوبية (Stereotypy)

وهى حركات غريبة يكررها المريض دون قصد مثل حركة غسيل اليدين .

(٥) الوظوب الحركى (Perseveration of movement)

وهو الترديد المرضى لنفس الاستجابة لمختلف الأسئلة .. وهناك أنواع للوظوب وهى :ـ

- استمرار الترديد حتى يتلقى تعليمات أخرى و يطلق عليه الترديد الاجبارى و يكثر فى الفصام المزمن (Compulsive repitition)
- التكرار يظل حتى بعد تلقى المريض لأمر آخر ، و يطلق عليه صعوبة النقلة (Impairment of Switching) ويحدث فى حالات الفصام المزمن والخرف .
- الوظوب الفكرى (Ideational Perseveration) وهو مايحدث فيه تكرار الحركة أثناء تنفيذ مايطلب منه .

(٦) التفاعل المغناطيسى (Magnet reaction)

حيث يلمس الفاحص يد المريض و يتركها بسرعة فيحاول المريض متابعتها . كما يحدث فى الفصام الكتاتونى وتلف المخ الشديد .

(٧) علامة متجهن (Mitghen Sign)

حيث يضع الطبيب اصبعه على قفا المريض و يضغط بخفه فينحنى المريض و يظل ينحنى حتى ينكفىء على وجهه ، وحين يرفع الطبيب يده يعود المريض الى وضعه الأول .

(٨) المعاكسة (العناد) (Opposition) وفيها يقاوم المريض الحركات التى يحاول الفاحص عملها .

(٩) السلبية (Negativism)

وهى العناد الزائد والمقاومة دون هدف لكل محاولات الطبيب لفحصه . وتحدث فى الكتاتونى والمتخلف وعته الشيخوخة

(١٠) ثنائية القصد[٤] (Ambitendency)

المريض يفعل حركات مبدئية لاتصل الى هدف عندما يتوقع منه القيام بفعل إرادى .. مثل الفاحص الذى يمد يده للمصافحة ويمد المريض يده ولكنه يوقفها ثم يمد ثم يوقف ، ثم يكرر ذلك حتى تصل يده لوضعها الطبيعى دون مصافحة ، وعندما يمسك الفاحص يده فان التردد يختفى وتظهر السلبية .

٤ ـ اضطراب الوضعة (Disturbance of Posture)

وهو الحالة التى يوجد عليها جسم المريض .

(أ) الوضعة المتكلفة (Manneristic Posture) .

وهى المبالغة فى وضع معتاد . وهى فى بعض الفصاميين لها علاقة بالضلالات الموجودة .

---

(٤) اعتبرها (بلو يلر) تعبيرعن ثنائية الوجدان.

(ب) الوضعة الأسلوبية (Stereotyped Posture)

مثل الكتاتونى الذى يجلس على مسند نفسى (Psychological Pillow) أعلى من المسند الذى يوجد قليلا ، وكذلك عته الشيخوخة .

(جـ) المحافظة على الوضعة (Perseveration Posture)

يحافظ المريض على وضعه لفترة طويلة أو الوضع الذى وضعه الفاحص ، ويحس الفاحص تصلب مثل قضيب الشمع (المرونة الشمعية)(Wax Flexibility) .. وقد لا توجد مقاومة للفاحص عند تحريك المريض ولكن بمجرد تركه يأخذ المريض فى الانقباض للمحافظة على الوضع الجديد وتسمى (السجمدة) (Catalepsy) كما يحدث فى الكتاتونى وأورام الدماغ الأوسط والاضطرابات الوعائيةالدماغية .

٥ ــ الأنماط المركبة من السلوك غير السوى :ــ

(أ) أنماط سلوكية غير هادفة وتشمل :ــ

(١) الذهول (Stupor)

وهو حالة فقد الحركة والكلام وعدم التفاعل مع المثيرات الخارجية ، وقد يحدث فى حالات عصاب الخوف والهستيريا والاكتئاب والذهان الدورى والفصام الكتاتونى وتلف الدماغ الشديد الذى يصيب البطين الثالث والمهاد والدماغ الأوسط ، وحالات نوبات الصرع الصغرى المستمرة (Petit — mal status) .

(٢) التهيج (Excitment)

وهو السلوك المضطرب غير المنضبط ويحدث بصفة ثانوية لفصام الاضطهاد والهوس وبعض الشخصيات المضطربة .. ويحدث بصفة أساسية فى حالات التصلب الكتاتونى وتلف الدماغ الشديد والاكتئاب المتاجج (Agitated depression) والهذيان والصرع وحالات شرب الكحول المرضى .

(ب) أنماط سلوكية غير سوية هادفة :ــ

(١) السلوك الطفلى (Childish behaviour) كما فى حالات الفصام .

(٢) بعض النكات العملية فى حالات الهوس واضطراب الشخصية .

(٣) السلوك العدوانى الهادف مثل القتل المرتبط بضلالات : الخيانة (قتل الزوجة) ، الاضطهاد (يقتل مضطهديه) ، أو ضلالات الاصابة بالجنون الذى لايبرأ والذى انتقل منها الى أطفالها فتقتلهم إنقاذا لهم من هذا الجنون .

(٤) الدعارة كسلوك هادف يسعى إليه ويمارسه مريضات التخلف وتلف الدماغ الشديد والهوس والفصام .

(٥) الانحراف الجنسى الذى يحدث فى تلف الدماغ الشديد والفصام .

(٩) الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب وظيفة الكلام :

(Speech Disturbances) .

١ ــ الحبسة (Aphasia) :

وهى اضطراب فى وظيفة الكلام نتج عن إصابة بعض المراكز الدماغية التى تقوم بها . وقد تكون :ــ

(أ) حبسة حركية أو (تعبيرية) (Motor or expressive aphasia) والمريض هنا يفهم ولكنه لايستطيع التعبير .

(ب) حبسة التسمية (Nominal or Amnestic aphasia) والمريض هنا لايستطيع تسمية الأشياء رغم أنه يعرفها .

(جـ) حبسة الفهم (Receptive aphasia) . لايستطيع المريض فهم الكلمات المسموعة أو المكتوبة .

(د) عمى الكتابة (Word - blindness) وهى عدم القدرة على معرفة الكلمات المكتوبة .

(هـ) صمم الكلمات (Word - deafness) عدم فهم الكلمات المسموعة رغم ان الكلام والقراءة والكتابة تكون طبيعية .

(و) الحبسة الشاملة (Global aphasia) وهى فشل المريض فى كل من الفهم والتعبير .

٢ ــ **التهتهة (اللجلجة) (Stammering) .**

وهى تقطع التدفق الطبيعى للكلام بواسطة فترات سكون أو ترديد لأجزاء من الكلمة ، وتصاحبها حركات تقلصية فى عضلات الوجه أو حركات تشبه اللوازم .

(٣) **البكم (Mutism) .**

وهو عدم القدرة على اخراج أى كلام ، ويحدث فى بعض اضطرابات الأطفال النفسية والهستيريا والاكتئاب والفصام وتلف الدماغ الشديد .. وهناك بكم الكلمة فقط (Word dumbness) حيث يكون المريض أبكم ولكنه يستطيع القراءة والكتابة .

(٤) **التعبير بلغة جديدة (Neologism) .**

وهى استخدام المريض لألفاظ مركبة خاصة به لا يمكن فهمها ، وتحدث فى حالات الفصام .

(٥) **اختلاط الكلام وتشوشه (Speech confusion or Schizophasia)**

حيث يتحدث المريض فيكون كلامه مشوشا (مختلطا) ، ويحدث هذا فى مرض الفصام وتسمى سلطة الكلام (Word salad) .

(٦) **الثرثرة (Volubility) .**

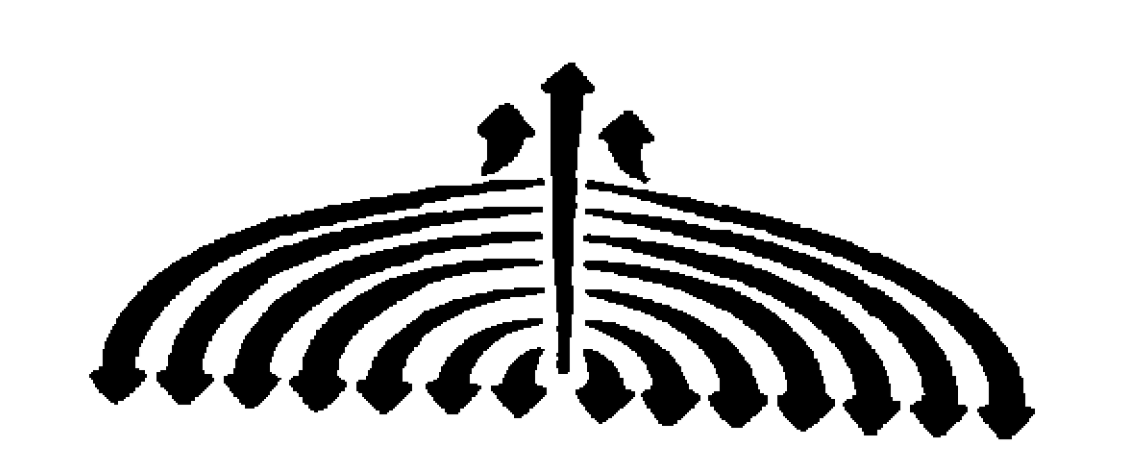
وهى كثرة الكلام بدون سبب مناسب .

و يوجد تشابه بين اضطراب الحركة (الذى سبق تفصله) و بين اضطراب الكلام من حيث الترديد فهناك :ــ

ــ رجع الكلام (Echolalia) .

ــ أسلوبية الكلام (Stereotypy) .

ــ الوظوب فى الكلام (Perseveration of speech) .



الفصل الثانى

المقابلة والفحص النفسى والتشخيص

مقـدمة :

لاشك أن هدف المهنة الطبية هو تخفيف المعاناة عن الأنسان عن طريق تقديم العلاج ، لكن هناك خطوة تسبق تقديم العلاج وهى تشخيص المرض ، وتشخيص المرض يشتمل على خطوات أخرى هى :ـــ

(١) أخذ التاريخ المرضى .

(٢) فحص المريض .

(٣) عمل الفحوصات المعملية والاختبارات اللازمة .

(٤) تجميع الدلالات التى تم الحصول عليها من الخطوات السابقة وتشمل : بيانات خاصة بالمريض بالاضافة إلى الأعراض والعلامات المرضية .

(٥) تحليل هذه البيانات وتشمل :ـــ

١ ـــ تفسيرها وفهمها .

٢ ـــ تصنيف هذه الدلالات .

(٦) وضع افتراضات تشخيصية بناء على هذه الدلالات (التشخيص الفارق) (Differential diagnosis)

(٧) مقارنة هذه الدلالات وعلاقتها بالافتراضات المقترحة (بمعنى ما هو مع الافتراض الأول من دلالات ؟ وما هو ضده ؟ أى ما يتفق مع هذا الأفتراض وما يختلف)

(٨) التشخيص (Diagnosis) والمقصود به الصياغة التشخيصية.

وسوف نعرض فى الصفحات التالية لكل من هذه الخطوات ، حتى يتسنى لنا الوصول إلى تشخيص نقدم له العلاج المناسب.

١ ــ التاريخ المرضى

وهو عبارة عن المعلومات والدلالات التى يتم جمعها من المريض أو المرافقين له أثناء المقابلة الاكلينيكية وتشمل :ــ

١ــ بيانات التعريف وتشمل :ــ

ــ الاسم ــ السن ــ الجنس (ذكر ــ انثى)
ــ الجنسية ــ الديانة ــ مستوى التعليم
ــ الحالة الاجتماعية ــ عدد الاطفال وجنسهم
ــ المهنة (الوظيفة) ــ العنوان.

بالاضافة إلى وصف لبنيان المريض الجسمانى ولون بشرته وعينيه وشعره وملابسه ودرجة اهتمامه بمظهره وطريقة كلامه وهيئته أثناء الدخول إلى الطبيب..

و يلاحظ أن تلك البيانات مع هذا الوصف يتم دمجهما معا بأسلوب أدبى ، حيث يتم نقل الصورة للشخص مع البيانات بطريقة أقرب الى التكامل ، فيكون هكذا على سبيل المثال : (فلان ذكر طويل القامه أسمر اللون مشرق القوام معتدله ذو عينين عسليتين وشعر مجعد فاحم اللون ، يرتدى ملابس متناسقة الألوان

مناسبة لسنه الذى تخطى الثلاثين عاما بشهور ثلاثة .. وهو مصرى مسلم حاصل على بكالوريوس التجارة يعمل محاسبا ، تزوج منذ خمسة أعوام ولديه ولد واحد عمره ثلاثة أعوام ، و يقطن بضاحية مصر الجديدة .) .

٢ ــ التحو يل (Referal) .

ــ مصدر التحو يل .

ــ سبب التحو يل .

٣ ــ الشكوى : (Complaint) وتشمل :ــ

ــ من المريض نفسه . (بكلماته كما يقولها) .

ــ من الأهل أو المرافقين له .

و يلاحظ هنا أننا اذا ترجمنا شكوى المريض والمرافقين له الى اللغة الطبية (أى ترجمتها الى أعراض وعلامات مرضية) ، فان ذلك سوف يساعد على عمل افتراضات تشخيصية يمكن اثبات بعضها ونفى البعض الأخر من خلال المقابلة .

٤ ــ تاريخ المرض الحالى (History of present illnes) و يشمل

ــ البداية (Onset) كيف بدأت الشكوى ؟
والظروف التى رسبتها ؟

ــ المسار (مسار الشكوى) (Course) ..
هل تتزايد الشكوى (مترقية) (Progressive) أو متراجعة (Regressiv) أو ثابتة (Stationary) أو متموجة (Fluctuant) ؟

ــ المدة (Duration) التى مضت منذ ظهور الشكوى حتى اللحظة الحاضرة .

ــ تدرج الشكوى الزمنى والأعراض التى صاحبت هذا التدرج .

ــ الأعراض النفسية الأخرى الموجودة حاليا والتى صاحبت أو أعقبت الشكوى وتفصيلها ، وهى الأعراض المرضية التى نشأت من اضطراب الوظائف النفسية (التى سبقت الاشارة اليها) ، بالاضافة الى أعراض اضطراب العلاقات الأجتماعية والعمل .

ــ الاعراض الجسمانية الموجودة حاليا أيضا .

ــ العلاج الذى أخذ وتأثيره ومقدار التحسن الذى طرأ بسببه .

ـ هل أدخل مستشفى بسبب هذه الشكوى؟ المدة التى قضاها ؟ ومقدار التحسن ؟

٥ ـ التاريخ المرضى السابق (Past History) و يشمل :ـ

ـ حدوث حالة مشابهة فى السابق ، متى كانت ؟
وما العلاج الذى أخذ؟ وما هى الاستجابة لهذا العلاج ؟

ـ اضطراب نفسى أو عقلى آخر، وما هو وماذا كانت مظاهرة الاكلنيكية ؟ متى حدث ذلك ؟

ـ مرض طبى أو جراحى له علاقة بالحالة المرضية الحاضرة .

٦ ـ التاريخ العائلى (Family History) .

ـ وجود حالة مشابهة فى الأسرة .

ـ وجود حالة مرضية نفسية أو عقلية أخرى لدى أحد افراد الأسرة.

ـ وجود صلة قرابة بين الوالدين .

الأب : ـ حى أو متوفى .
ـ عمره (ان كان على قيد الحياة) ،
ـ سبب الوفاة (ان كان متوفيا) .
ـ مهنته .
ـ بناؤه الجسمانى .
ـ سماته الشخصية .
ـ طاقته وعلاقاته الاجتماعية .
ـ مزاجه (Temperament) .
ـ حالته الصحية والاقتصادية (ان كان منفصلا) .
ـ علاقته بالمريض .

الأم : ـ متوفيه أو على قيد الحياة .
ـ عمرها (اذا كانت على قيد الحياة) .

ـــ سبب الوفاة (اذا كانت متوفية) .
ـــ مهنتها .
ـــ بناؤها الجسماني .
ـــ سماتها الشخصية .
ـــ طاقتها وعلاقاتها الاجتماعية .
ـــ مزاجها (Temperament) .
ـــ حالتها الصحية والاقتصادية (إذا كانت تعيش منفصلة)
ـــ علاقاتها بالمريض .

الأخوة: ـــ عددهم .
ـــ عمر كل منهم .
ـــ وظيفة كل منهم .
ـــ الحالة الاجتماعية لكل منهم .
ـــ علاقاتهم بالمريض .

٧ـــ التاريخ الشخصي : (Personal History) و يشمل :ـــ

(١) مرحلة ما قبل الولادة : (Antenatal) .

ـــ حالة الأم أثناء الحمل (مريضة جسمانيا أو نفسيا أو تعاطت عقاقير)
ـــ الموقف من الحمل (مرغوب أو غير مرغوب) .
ـــ الموقف من جنس المريض (ذكر أو أنثى) (مرغوب أو غير مرغوب) .
ـــ اكتمل الحمل (تسعة شهور) أم كان غير مكتمل .
ـــ الولادة (طبيعية ـــ قيصرية ـــ متعسرة) .

(٢) مرحلة الرضاعة (Infancy) (من الولادة إلى سن عامين) .

ـــ الرضاعة (من الثدى أو من مصدر خارجي) .
ـــ الفطام وصعوبات الفطام (صدميا أم تدريجيا) .
ـــ علامات النمو (Milestones) (الجلوس والوقوف والمشى) .

(٣) الطفولة المبكرة (Early Childhood) (من العام الثالث إلى السادس) .

— نمو الكلام .

— التحكم فى المخارج (Sphincter Control) .

— علاقاته الاجتماعية (داخل الأسرة وخارجها) .

— الاحساس بالنفس واعتزازه بها .

— السمات العصابية الموجودة (مثل مص الاصبع وقضم الأظافر) .

(٤) الطفولة المتأخرة (Late Childhood) (من العام السادس وحتى الثانى عشر) .

— الانجاز الدراسى .

— العلاقات الاجتماعية (داخل الأسرة وخارجها) .

— الجنس (علاقات جنسية مبكرة) .

— الاحساس بالنفس .

— السمات العصابية (مثل التهتهة ، التبول اللاارادى ، قضم الاظافر) .

(٥) المراهقة (Puberty) .

— الانجاز الدراسى (أو العمل والانجاز فيه) .

— العلاقات الاجتماعية (داخل الأسرة وخارجها) .

— الاحساس بالذات ونمو الشخصية .

— الناحية الجنسية : — متى حدث البلوغ ؟

— الميول الجنسية (مغايرة أو مثلية) .

— الممارسات الجنسية (علاقة مع الجنس الآخر ، مع نفس الجنس ، الاستنماء أو العادة السرية) .

— أخاييل جنسية موجودة .

— السمات العصابية الموجودة فى فترة المراهقة .

(٦)نبذة عن التاريخ العملي ـ السن عند بداية العمل .

ـ الوظائف التى عمل بها بالترتيب وأسباب الانتقال من وظيفة لأخرى .

ـ الكفاءة التى كان ينجز بها كل من الأعمال السابقة .

ـ الاشباع الذى كان يحققه من خلال هذا العمل .

ـ العلاقات مع زملائه فى العمل .

(٧) نبذة عن أداء الخدمة العسكرية :ـ إذا كان أداها ، متى كان ذلك ؟

ـ قدرته على التكيف خلالها .

ـ هل شارك فى خبرة الحرب وأثرها ؟

(٨) نبذة عن تاريخ الزواج والانجاب :

ـ السن عند الزواج .

ـ هل كان الزواج : عن اختيار وحب ؟ أو مرتب من قبل الأسرة ؟ أو اجبارى ؟ وما السبب ؟

ـ نوع العلاقة مع الزوجة (أو الزوج) .

ـ شخصية الزوجة (أو الزوج) .

ـ مدة الزواج .

ـ عدد الأطفال (ذكور إناث) وأعمارهم وأعمالهم وظروفهم الصحية (جسدية ونفسية) . وعلاقاتهم بالمريض .

(٩) نبذة عن تاريخ الشخص الفكرى والعقائدى :ـ

ـ هل مر بتيارات فكرية أو عقائدية مختلفة ؟ ما هى ؟ ومتى كان ذلك ؟ وكيف

٨ ــ الشخصية قبل المرض (Premorbid Personality) .

وتظهر من حلال معرفة ما يلى :ــ

ــ البنيان الجسمانى .

ــ العلاقات الاجتماعية : مدى اتساعها ، نشاطه الاجتماعى ، والدور الذى يؤديه من خلالها (هل هو قائد أو تابع أو معتمد) .

ــ سمته المزاجية (Temperment) اكتئابى ــ قلق ــ متقلب) .

ــ الاهتمامات والهو يات .

ــ التوافق النفسي والاجتماعى .

ــ القيم والاتجاهات .

ونخلص من ذلك الى أن نوع الشخصية هو (على وجه القطع أو التقريب) : وسواسية أو هستيرية .

٢ ــ فحص المريض

وهو عبارة عن الدلالات (أو العلامات) المرضية التى يمكن للفاحص جمعها من خلال ملاحظته للمريض أو من خلال الحوار مع المريض أو مع المرافقين الملاحظين لسلوكه .... و يشمل :ــ

١ ــ المظهر العام :

ــ البنيان الجسمانى .

ــ تعبير الوجه .

ــ حالة الملابس (مناسبة أم لا) .

ــ الوضع الذى يتخذه المريض .

٢ ــ تعاون المريض من عدمه .

٣ ــ فحص الوظائف النفسية : بهدف استخراج الأعراض المرضية التى تنشأ من اضطراب هذه الوظائف (كما تم توضيحه فى الفصل السابق) :ــ

(١) الحركة : وتوصف من حيث الكمية والكيفية ، أو وجود حركات لا إرادية أو مستحثة بواسطة الفاحص (مثل المرونة الشمعية) .

(٢) الكلام : وصفه من حيث تدفقه وسرعته أو بطء إيقاعه أو تردده فى نطق الكلمات أو تهتهة وتكرار.

(٣) الوعى : و يوصف من حيث يقظته لادراك نفسه وما حولها بوضوح من عدمه .

(٤) الانتباه : و يتم فحصه بأن يطلب من المريض أداء عملية حسابية بسيطة تناسب مستواه التعليمى وتتطلب التركيز، مثل طرح (٧) من (١٠٠) متسلسلا وصولا إلى الصفر، ومن خلالها يرصد ما يعترى الانتباه من أعراض .

(٥) الاهتداء (ادراك البيئة) : حيث يسأل المريض عن ادراكه الزمان والمكان والأشخاص .

(٦) الادراك : حيث يسأل المريض عن اضطرابات الادراك (مثل الهلاوس وخطأ التأو يل) ، وتوصف من حيث محتواها والظروف التى تحدث فيها (مثل وجودها عند الدخول فى النوم) .

(٧) الذاكرة : و يتم فحص الذاكرة المباشرة باختيار الأرقام المفردة تصاعديه أو تنازلية (ستة أرقام) (digit forward & Backward) والذاكرة قصيرة المدى تفحص بواسطة رواية قصة للمريض فى دقيقة أو اثنتان ، ثم سؤاله عن أحداثها بعد عدة دقائق من الحديث فى شيء آخر، أو بتحفيظه اسم وعنوان ورقم تليفون ثم سؤاله عنها فى نهاية المقابلة (أو بعد عدة دقائق) ، أما ذاكرة الأحداث البعيدة فيتم فحصها من خلال التاريخ المرضى وتذكره لأحداث الطفولة بالاضافة إلى سؤاله عن بعض الأحداث العامة (القومية) التى وقعت من فترة طو يلة .

(٨) الوجدان : و يتم فحصة بملاحظة الطبيب للتعبير الخارجى (Expression) ثم سؤال المريض عن شعوره الداخلى

(Subjective Feeling) ، و يوصف الوجدان من حيث العمق والشدة والمدة ومناسبة الوجدان للموقف من عدمه .

(٩) التفكير : لكى يتم فحص التفكير يجب أن نتذكر مكوناته (كما سبق تفصيلها) من قوة متحكمة فى التفكير ومسار ومحتوى وهدف ... الخ ، ونصف كلا منها من خلال مايقوله المريض فى التاريخ المرضى أو ما نسأله عنه بشكل مباشر (مثل هل هناك من يضهدك أو يحاول إيذاءك) .

٤ ــ الذكاء : و يتم تقديره من خلال المقابلة الاكلينيكية على وجه التقريب ، من خلال السؤال عن بعض المعلومات العامة والمستوى الدراسى والانجاز الوظيفى .

٥ ــ الاستبصار (insight) : و يقصد به معرفة المريض ودرايته بمرضه ورغبته فى العلاج ، فقد ينكر مرضه تماما ، وهذا يعد فاقد للاستبصار كليا ، وقد يعى مرضه ولكنه يلوم الآخرين على ذلك ، فيعتبر مستبصر جزئيا .

٦ ــ الحكم على الأمور (Judgement) : و يتم تقييمه من خلال أخذ التاريخ المرضى ومعرفة كيف يحكم المريض على الأمور الاجتماعية ؟ وهل يفهم نتائج سلوكه و يقدرها ؟ ويمكن التأكد بطرح موقف افتراضى عليه ومعرفة حكمه وتصرفه فى هذا الموقف .

٧ ــ تكامل الشخصية (Integration) : وهذا يقدره الفاحص فى نهاية فحص الحالة العقلية ، هل الشخصية متماسكه ومتكامله أم غير متماسكه ؟ أى مفككة (disintegration) .

٨ ــ الفحص الجسمانى : و يشمل الفحص العام وأجهزة الجسم المختلفة وفحص الجهاز العصبى .

٣ ــ الاستقصاءات المعلمية والاختبارات

وهى الوسائل التى نلجأ اليها بهدف استكمال الدلالات والمعلومات عن المرض ، أو تأكيد أحد الافتراضات التشخيصية دون غيرها .. ومن الفحوصات المعملية :ــ

(١) تحاليل طبية مثل معرفة نسبة السكر بالدم أو الكولسترول بالدم أو نسبة الهيموجلوبين ، أو تحليل السائل النخاعى (C. S. F) .

(٢) فحوصات باستخدام الأشعة (X Ray) :
كا التى تجرى لفحص الجمجمة أو العمود الفقرى .

(٣) تخطيط الدماغ الكهربائى (E. E. G) أو (Electroencephalogram)
و يكشف فى بعض الحالات عن وجود اضطراب فى النشاط الكهربائى للدماغ مما يشير إلى اضطراب وظيفة الدماغ و يكون ذلك بؤريا (Focal) أو موزعا فى منطقة ما أو فى كل مناطق الدماغ .. وهو هام فى تشخيص حالات الصرع بأنواعها المختلفة .

(٤) التصوير الطبقى للدماغ باستخدام الكومبيوتر
(Computerized Axial Topography)
وهو يصور طبقات الدماغ المختلفة من حيث وجود ورم أو وذم (Edema) أو احتشاء (Infarction) وفى أى طبقة من الدماغ .

والاختبارات النفسية تستخدم لنفس الهدف وهو تأكيد التشخيص أو استكمال المعلومات اللازمة لتأكيد أحد الافتراضات التشخيصية ، وهى متنوعة ومنها مايقيس معدل الذكاء ، ومنها مايقيس الميول العصابية أو الذهانية ، وهناك مايدل على نمط الشخصية ، وما يكشف عن أمراض معينة ، وما يكشف عن وجود الاصابة العضوية .

٤ ــ تجميع الدلالات المرضية

و يتم فى هذه الخطوة تجميع الدلالات المرضية الموجبة والسالبة مع بيانات المريض الأساسية فى صورة ملخص بالاضافة إلى نتائج الفحوص المعملية والاختبارات النفسية إن وجدت .

٥ ــ تحليل البيانات المرضية وتصنيفها

حيث يتم فهم الدلالات المرضية (اكلينيكية ومعملية) ، وتصنف حسب

اتفاق بعضها مع بعض أو اختلافها . فمثلا تصنف الأعراض التى تشير إلى اكتئاب معا والتى تشير إلى قلق معا .

٦ ــ التشخيص المفارق (Differential Diagnosis)

وهو وضع الافتراضات التشخيصية المحتملة حسب أولية الترجيح التشخصيى .

٧ ــ ترجيح التشخيص

حيث يتم ترجيح أحد الافتراضات التشخيصية حيث تتفق معه أغلب الدلالات المرضية ويمكن تفسيرها بناءا عليه ، وقد يستدعى الأمر إضافة تشخيص آخر مصاحب حتى يمكن اكتمال التفسير المرضى للدلالات .

٨ ــ الصياغة التشخيصية (Diagnostic Formulation)

ونظرا لأن الانسان المريض ككل هو محور الاهتمام فى الطب النفسى وليس المرض فقط كما هو الحال فى الطب العضوى (ذو النظرة القاصرة) ، لذلك كانت الصياغة التشخيصية تشمل تعريفا بالمرض من حيث السن والجنس ثم يتضمن التشخيص للمحاور التشخيصية الخمسة الاتية :ــ

(أ) الحالة الاكلينيكية المرضية (الزملة المرضية)
(Clinical Psychiatric Syndrome)

(ب) اضطراب الشخصية المصاحب (أو الاضطرابات التطورية الخاصة فى حالات الأطفال والمراهقين)
(Specific Developmental Disorders)

(ج) الاضطرابات والأمراض الجسمانية المصاحبة .

(د) شدة الضغوط النفسية والاجتماعية المؤثرة فى حدوث الحالة المرضية .

(هـ) مستوى التكيف خلال السنة الماضية وتشمل :ــ
ــ العلاقات الاجتماعية .

ـــ الانجاز الوظيفى (Occupational Functioning) .

ـــ استخدام وقت الفراغ (كيف يقضى وقت فراغه ؟)

ويمكن أن يعقب الفاحص بتوضيح دينامى لحالة المريض وصراعاته الخارجية والداخلية ، بالاضافة إلى توضيح نشوئى يشير إلى العوامل المهيئة للحالة المرضية من نقاط التثبيت أو النكوص أو الصدمات العاطفية المبكرة .. وذلك لما تسهم به من ضوء فى طريق العلاج .



الفصل الثالث

الأهمية الاكلينيكية لبيانات المقابلة فى تشخيص المرض

الأهمية الاكلينيكية لبيانات التعريف والوصف الظاهرى للمريض :ــ

١ ــ الاسم : قد يكون الاسم غريبا أو له معنى غير مقبول ، أولا يميز جنس المريض ، أو يشير إلى شخصية تاريخية أو اجتماعية ، أو هو نفس اسم الأب أو الجد ، أو يكون له اسم شهرة غير اسمه الحقيقى وأحدهما محبب اليه والآخر مكروه منه .

٢ ــ السن : وهو يشير إلى المرحلة التطورية التى يمر بها الشخص ، وهذا يشير الى الاضطرابات النفسية أو العقلية التى تظهر فى بعض المراحل ، حيث ترتبط مرحلة مثل المراهقة بتوتر ذاتى يتعلق بعدم تحديد العناصر التى تتعلق بهوية الشخص ، وإذا زادت تظهر ماتسمى بأزمة الهوية ..

وهناك بعض الأمراض ترتبط بأعمار معينة فمثلا :ــ

ــ الفصام أكثر انتشارا فى الفترة بين سنى الخامسة عشر والأربعين (١٥ــ٤٠) .

ـ تكثر حالات البارانويا فى العقد الرابع من العمر (٣٠ـ ٤٠) .

ـ فى سن اليأس يكثر حدوث الاكتئاب لدى الاناث .

٣ـ الجنس :ـ وهو يشير إلى النوع ذكرا كان أو أنثى حيث أن هناك اختلافات فسيولوجية . ونفسية بين الذكر والأنثى و بناء على ذلك فإن كل منهما يكون معرض لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية أكثر من الأخر . فمثلا :ـ

ـ تكون المرأة أكثر عرضة لاضطرابات نفسية تتعلق بالدورة الشهرية والحمل والولادة فانقطاع الدورة الشهرية (فى سن اليأس) مرتبط لدى المرأة أكثر من الرجل بحدوث الاكتئاب .

ـ و يكون الرجل أكثر عرضة لمشاكل الادمان والاصابات والجرائم من المرأة .

ـ والنساء يحاولن الانتحار أكثر من الرجال ولكن نسبة المنتحرين من الرجال أكثر من النساء .

٤ـ الجنسية : وهى تشير إلى حالة المريض الاقتصادية أحيانا ، أو انتشار بعض الأمراض بصفة خاصة لدى بعض الجنسيات ، بالاضافة إلى ماتتميز به بعض الشعوب عن بعضها الآخر من عادات وتقاليد وقيم اجتماعية تؤثر فى سلوك الفرد وحالته النفسية .

٥ـ الديانة : وهى تلقى بعض الضوء على مايمكن أن يتأثر به المريض من قيم عقائدية وأفكار باضافة الى مايفرضه هذا الدين من سلوكيات تنظم حياة الفرد .. وقد يكون الشخص متدينا (أى ملتزما بسلوكيات أحد الأديان) ، أو ملحدا (يعترض و يرفض جميع الأديان) ، أو أنه لا يعرف عن الأديان ولا يهتم بذلك وهؤلاء هم الأغلبية من البشر .

٦ـ الحالة الاجتماعية : و يقصد بها الزواج من عدمه (أى أعزب ـ متزوج ـ مطلق ـ أرمل) ولا شك أن الشخص المتزوج يكون أكثر استقرار نفسيا من الآخرين الذين غالبا ما يسيطر عليهم الشعور بالوحدة أو الرفض ، فالطلاق قد يكون سببا للاضطراب النفسى إن لم يكن نتيجة له ، والأرمل يشعر بالوحدة وافتقاد الرفيق ونقص الاشباع الجنسى والعاطفى والاجتماعى .

٧ــ عدد الأطفال وجنسهم و يشير هذا الى استقرار الأسرة أو انتظارها لطفل بوجه عام أو انتظارها لطفل من جنس معين ، كأن يكون لدى الأسرة أربعة من الأطفال الاناث و ينتظرون طفلا ذكرا .

٨ــ مستوى التعليم : وهو يشير إلى مستوى الذكاء لدى المريض ، واهتماماته ومدى توافق هذا التعليم مع ميوله .

٩ــ المهنة (الوظيفة) : وهذا يشير إلى طبيعة المشكلات التى يواجهها المريض ، ومقدار الجهد الذى يبذله والقلق الذى يتعرض له أو بعض المواد التى قد يتعرض لها أثناء عمله وهو يشير إلى المستوى الاقتصادى الذى يعيش فيه .

١٠ــ العنوان وهو يشير إلى البيئة التى يعيش فيها المريض وهذا يشير أيضا إلى الحالة الاقتصادية ، كما أن بيئة الريف التى تتميز بقوة العلاقات الاجتماعية والروابط الأسرية تقلل من فرص ضغط الظروف الخارجية وانهيار الشخص كفريسة للمرض . خلافا لبيئة المدينة التى تتسم بالتوتر والزحام والعزلة الاجتماعية وتلوث البيئة من عادم السيارات والمخلفات والمصانع ، والتلوث بالضوضاء ، وكل هذه العوامل تؤدى الى المعاناة والاضطراب النفسى .

كما أن العنوان يشير الى المنطقة التى قد تتميز بعادات وتقاليد معينة ، أو يشير إلى منطقة انتشار لأمراض معينة مثل أوبئة التهاب الدماغ أو أمراض معينة متوطنة مثل الملاريا والبلهارسيا .. أو انتشار مواد مخدرة ..

ويجب كتابة العنوان كاملا حتى إذا حدث للمريض شيء مايمكن الاتصال بأهله كما يسهل الاتصال بالمريض عند الحاجة فربما أخطأ الطبيب فى وصف عقار فيمكنه تدارك الخطأ .

١١ــ جهة التحويل وسبب التحويل : حيث يختلف الأمر فى حضور المريض بنفسه و بناء على رغبته عن احضاره بواسطة أهله أوعن طريق القضاء أو الشرطة ، وكذلك سبب التحويل إذا ما كان للعلاج أو لمعرفة مدى سلامة قواه العقلية .

١٢ــ الشكوى : وهى أكثر الأعراض ازعاجا للمريض (إذا كانت بكلمات المريض نفسه) ، أو أكثر الأعراض ازعاجا للمحيطين (إذا كانت بكلمات المرافقين) ، وإذا كانت الشكوى من المريض تشير إلى أعراض مرضية تسبب له

ازعاجا ، فإن ذلك لاشك يشير إلى قدر من الاستبصار بحالته ، أما إذا كانت كلماته لاعلاقة لها بالشكوى أو ليس له شكوى على الاطلاق وكانت شكوى المرافقين تشير إلى أعراض مرضية ، فإن ذلك قد يشير إلى نقص الاستبصار لدى المريض .

١٣ـ تاريخ المرض الحالى : وأهمية هذا الجزء هو تحديد المرض من حيث المكان وطبيعة المرض وسببه (المرسب) ، بالاضافة الى امتداد المرض وتأثيره على انجاز الشخص وعلاقاته الاجتماعية ، مع ملاحظة وجود أعراض جسمانية قد تشير إلى علة جسمانية تكون هى السبب المباشر أو غير المباشر فى حدوث المرض النفسى كما أن العلاج الذى أخذ وتأثيره يؤكد (كاختبار علاجى) (Theraputic test) الافتراض التشخيصى أو ينفيه ، كما أن مقدار التحسن قد يشير إلى التنبؤ بطبيعة المرض إذا كان متراجعا أو غير ذلك .

١٤ـ التاريخ المرضى السابق : والغرض منه معرفة ما إذا كان المرض الحالى نوبة جديدة لمرض حدث قبل ذلك ، والعلاج الفعال الذى أخذ ، أو أن المريض سبق أن أصيب بمرض عقلى آخر الذى ربما يكون مهيئا للمرض الحالى ، كذلك قد يكون المرض الجسمانى السابق هو السبب فى الصورة المرضية الحاضرة ، أو التعرض لحادثة أثرت على الدماغ .

١٥ـ التاريخ العائلى : ترجع أهمية هذا الجزء إلى :

أ) الوارثة : حيث تلعب الوارثة دورا فى إحداث المرض العقلى إما عن طريق الاستعداد الوراثى أو عن طريق الوارثة المباشرة (مثل مرضى القصور العقلى) .

ب) البيئة الأسرية : فعن طريق معرفة شخصية الأب والأم والعلاقات الاجتماعية بينهم و بين أبنائهم ومستوى الأسرة الاقتصادى وعلاقة كل منهم بالمريض يلقى الضوء على العوامل المهيئة والمرسبة للمرض والتى نشأت من ظروف الأسرة وطبيعة علاقات أفرادها .

١٦ـ التاريخ الشخصى : وهو يعتبر قطاع طولى فى حياة الشخص يمتد من قبل الميلاد حتى الوقت الحالى وهو يصف إلى أى مدى نجح الشخص فى تخطى المراحل

السابقة ، واستكشاف العوامل المهيئة المختلفة ومعرفة أى تعوق مبكر فى حياته سواء كان وظيفيا أو نفسيا أو اجتماعيا .

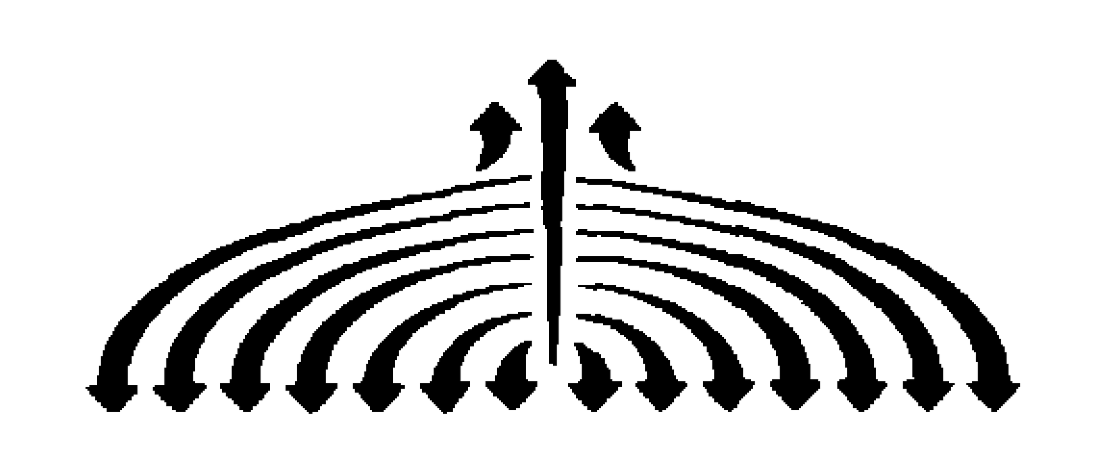
١١ـ الشخصية قبل المرض : وهى تمثل قطاع عرضى فى شخصيته قبل المرض حيث يتضمن الوصف الجسمانى (البناء الجسمانى والطاقة والنشاط والصحة البدنية) والوصف النفسى (قدرته على الحب والعمل وحالته المزاجية) والوصف الاجتماعى (العلاقات بالآخرين والانبساطية أو الانطوائية) . .

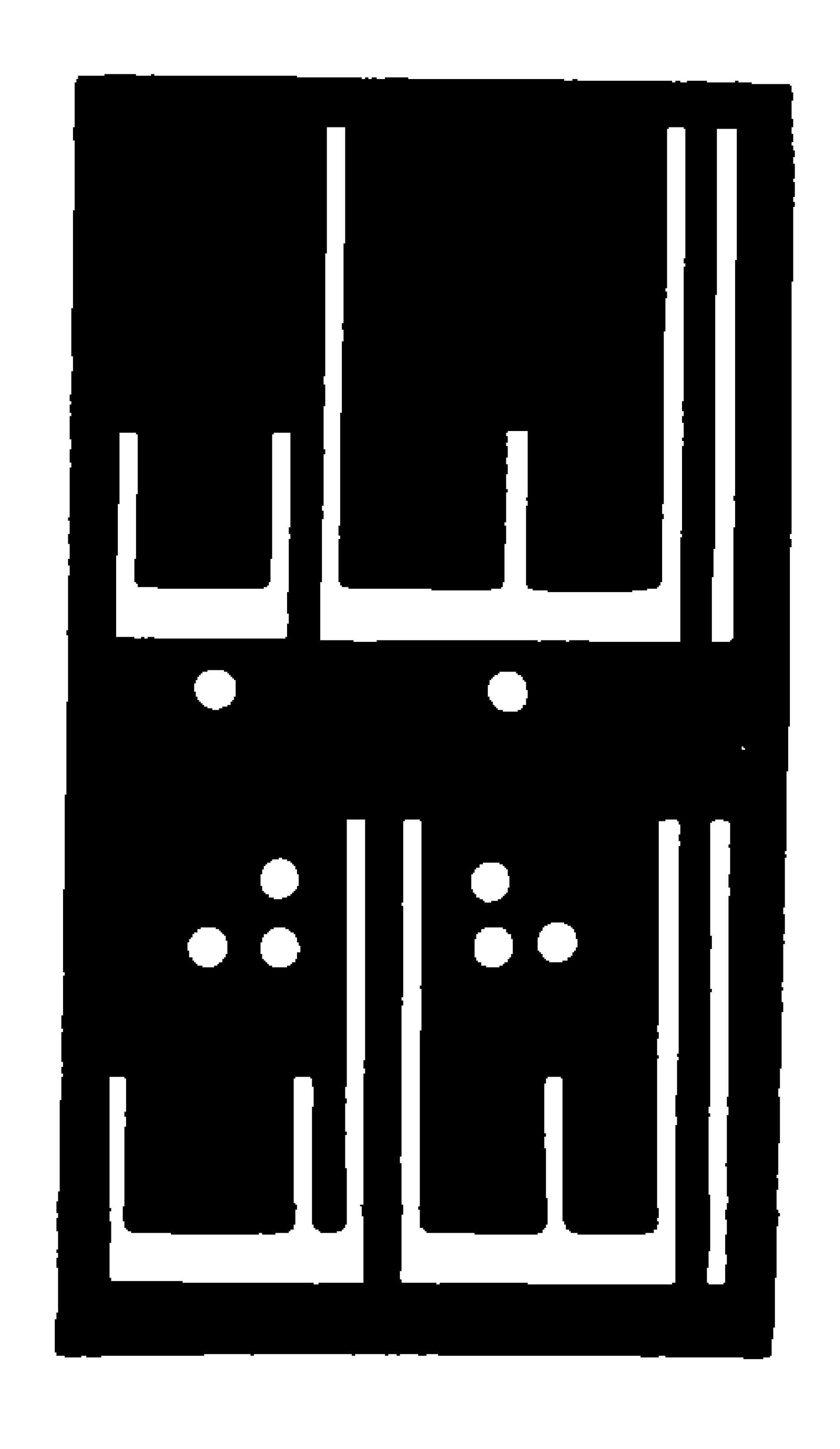
ولا شك أن نوع الشخصية قبل المرض يساعد على فهم الصورة المرضية الحاضرة (حيث أن الصورة الاكلينيكية الحاضرة هى محصلة المرض الموجود مضروبا فى نوع الشخصية) . .

ومثال ذلك أن الصورة الاكلينيكية للاكتئاب النفسى تختلف من مريض شخصيته هستيرية عن آخر شخصيته شبه فصامية .

١٨ـ فحص المريض : وهو فحص الحالة المرضية الحاضرة ، وإذا كان التاريخ المرضى يهدف إلى جمع معلومات من المريض أو مرافقيه تقترب فى دقتها من الدرجة الثانية (أى أنها قد تحتمل عدم الموضوعية) ، فإن أهمية الفحص هى جمع دلالات (معلومات) تقترب من الدرجة الأولى أى الذى يشاهده الفاحص مباشرة ، ولكنها قد تخضع لتشويهات الفاحص خاصة إذا كانت خبرته قليلة ، وتقترب من الموضوعية وتقل تشويهات الفاحص كلما زادت خبرته .

ونلاحظ من ذلك أهمية المعلومات التى يتم الحصول عليها من خلال المقابلة والفحص الإكلينيكى .





تصنيف الأمراض النفسية .

الفصل الاول

تصنيف الامراض النفسية

التصنيف هو تخفيض عدد الظواهر وتحديدها على أساس خواص مشتركة بين مفردات الصنف الواحد، بحيث يسهل اخضاع الظواهر المنفردة لقوانين عامة تسهل فهمها والتعامل معها .

١ ــ التصنيف الدولى :ــ

لقد عقد أول مؤتمر لوضع أول قائمة بأسباب الوفاة (للانسان) (International List of Causes of Death) عام (١٩٠٠) فى باريس بفرنسا، ولم تتضمن هذه القائمة الأمراض العقلية، واستمر تجاهلها إلى عام (١٩٣٩) حيث كانت القائمة الخامسة (IC. D. 5) فوضعت الأمراض العقلية ضمن الفصل الخاص بأمراض الجهاز العصبى وأعضاء الحس المتخصصة وكان المذكور منها حينئذ أربعة مجموعات فقط هى :

١ ــ النقص العقلى (Mental Deficiency) .

٢ ــ الفصام (Schizophrenia) .

٣ ــ ذهان الهوس والاكتئاب (Manic Depressive Psychosis) .
٤ ــ كل الأمراض العقلية الأخرى .

ثم تغيرت فكرة هذه القائمة فأصحت لاتشمل فقط أسباب الوفاة ولكن أضيف إليها الأمراض التى قد لا تؤدى إلى الوفاة، وصدرت القائمة السادسة (ICD.6) عام (١٩٤٨) واشتملت لأول مرة على فصل خاص بالأمراض العقلية شاملا أسباب المرض والوفاة .. ثم كانت القائمة السابعة (ICD. 7) عام (١٩٥٥) التى لم تضف جديدا فيما يتعلق بالأمراض العقلية .. وحينئذ نشط أطباء النفس على مستوى العالم بمساعدة منظمة الصحة العالمية (W.H.O) فصدرت القائمة الثامنة (ICD. 8) عام (١٩٦٥) متضمنة الوصف الاكلينيكى والتشخيص الفارق والعلاج للاضطرابات العقلية ومن هنا بدأت اللغة المشتركة للطب النفسى تصل بين أجزاء العالم ، وشجع ذلك الأطباء النفسيون على بذل مزيد من الجهد ظهر فى القائمة التاسعة (ICD. 9) عام (١٩٧٩) مشتملة على إضافات وتحسينات كثيرة منها إضافة اضطرابات الأطفال النفسية واضطرابات النمو وهناك محاولات لإخراج القائمة العاشرة (ICD. 10) حيث أصدرت منظمة الصحة العالمية مسودة لها عام (١٩٨٨) .

ــ التصنيف الأمريكى :ــ

ظهر التصنيف الأمريكى الأول للأمراض النفسية (Manual of Mental Disorders) فى عام (١٩٥٢)، ثم أعقبه التصنيف الأمريكى الثانى عام (١٩٦٨) ، ثم ظهر التشخيص الإحصائى الثالث (DSM—III) (Diagnostic and statistical manualof mental disorders) فى عام (١٩٨٠) بعد تطبيق إحصائى للتصنيف الدولى المعدل اكلينيكيا (ICD9—cm) ، ثم ظهر أخيرا الدليل الاحصائى التشخيصى الثالث المراجع (DSMIII—R) فى عام (١٩٨٧) .

٣ ــ التصنيف المصرى :ــ

لقد صدر دليل تشخيص للأمراض النفسية المصرى عام (١٩٧٩) واعتمد فى اخراجه على ما توافر من معلومات فى التصنيف الدولى الصادر فى عام (١٩٦٨) وكل من التصنيف الأمريكى والفرنسى الصادرين فى نفس العام .

ولوحظ أن التصنيف الأمريكي التشخيصي الإحصائي الثالث والمراجع يتميزان عن غيرهما من التصانيف بما يلي :ـ

١ ـ وجود فصل مستقل عن الاضطرابات النفسية التي تظهر لأول مرة في الطفولة والمراهقة .

٢ ـ مزود بدلالات تشخيصية محددة لكل من الاضطرابات العقلية المدرجة به .

٣ ـ اتباعه للمحاور التشخيصية المتعددة (التي سبق ذكرها ضمن الصياغة التشخيصية) .

ونظرا لهذه المميزات فإننا سوف نعرض الخطوط العريضة للتصنيف الأمريكي الاحصائي الثالث المراجع (D.S.M. III ـ R) فيما يلي ثم نفصل الأمراض النفسية طبقا لما جاء به من مواصفات تشخيصية .

١ ـ الاضطرابات التي تظهر لأول مرة في الطفولة أو المراهقة (١) :ـ

(١) اضطرابات النمو :ـ

(أ) التخلف العقلي (Mental Retardation) .

ـ خفيف الدرجة ـ متوسط الدرجة .

ـ شديد الدرجة . ـ بين واضح جدا (Profound)

ـ غير نوعي .

(ب) الاضطرابات مفسدة النمو: (Pervasive developmental disorder)

ـ اضطراب الذاتوية الطفلية (Autistic disorder) .

ـ اضطراب مفسد للنمو غير مصنف في مكان آخر .

(جـ) اضطرابات النمو الخاصة :ـ

ـ اضطرابات المهارات الأكاديمية (وتشمل اضطراب نمو مهارة الحساب واضطراب نمو مهارة الكتابة والقراءة .) .

---

(١) لم أفصل هذه الاضطرابات لأنها موضوع كتاب آخر للمؤلف بعنوان نفسية الطفل والمراهق وامراضها .

- اضطرابات اللغة والكلام (وتشمل اضطراب نمو نطق الكلام أو التعبير اللغوى) .
- اضطرابات المهارات الحركية وتشمل (اضطراب نمو التحكم الحركى واضطراب نمو خاص غير مصنف فى مكان آخر) .
- اضطرابات نمو أخرى .

(٢) اضطربات السلوك المشوه (Disruptive Behaviour Disorders) .

- اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة .
- اضطراب السلوك (Conduct Disorder) و يشمل (اضطراب السلوك ضمن عصابة أو الانفرادى أو غير المتميز أو اضطراب العناد الشاذ .) .

(٣) اضطرابات القلق فى الطفولة أو المراهقة :ـ

- اضطراب قلق الانفصال .
- اضطراب التجنب .
- اضطراب القلق المفرط (الغامر) (Overanxious disorder) .

(٤) اضطرابات الأكل :ـ

- القهم العصابى (Anorexia nervosa) .
- الشره المرضى (العصابى) (Bulimia nervsa) .
- اضطراب الترجيع (الاجترار) فى الرضاعة .
- اضطراب الأكل غير المصنف فى مكان آخر .

(٥)اضطرابات الهو ية الجنسية (Gender identity Disorders) .

- اضطراب الهو ية الجنسية فى الطفولة .
- اضطراب عدم قبول الجنس (Transsexualism) .

— اضطراب الهوية الجنسية فى المراهقة أو الرشد غير الرافض لجنسه .

— اضطراب الهوية الجنسية غير المصنف فى مكان آخر.

(٦) اضطرابات اللوازم (Tic Disorders) .

— اضطراب توريت (Tourette's Dis)

— اضطراب اللازمة الحركية المزمنة أو الصوتية .

— اضطراب اللازمة العابر.

— اضطراب اللازمة غير المصنف فى مكان آخر.

(٧) اضطرابات الاخراج (Elimination Disorders) .

— الاضطراب الوظيفى للتحكم فى التبرز (Functional encopresis) .

— الاضطراب الوظيفى للتحكم فى التبول (Functional enuresis) .

(٨) اضطرابات الكلام غير المصنفة فى مكان آخر.

— اضطراب تدفق الكلام (Cluttering) .

— اضطراب التهتهة (Stuttering) .

(٩) اضظرابات أخرى فى الطفولة أو المراهقة :ـــ

— اضطراب البكم الاختيارى (Elective mutism) .

— اضطراب الهوية (Identity disorder) .

— اضطراب الارتباط الاجتماعى التفاعلى فى الرضاعة أو الطفولة المبكرة .

— اضطراب العادة المتكررة (Stereotypy Habit Disorder) .

— اضطراب نقص الانتباه غير المتميز.

٢ ـ الاضطرابات العقلية العضوية (Organic Mental Disorders) .

(١) الخرف الحادث فى الشيخوخة أو قبلها .

— الخرف التنكسى الأولى من نوع الزهيمر البادىء فى الشيخوخة :ـ

* المصحوب بهذيان (delirium)

* المصحوب بضلالات .

* المصحوب باكتئاب .

* غير المصحوب بمضاعفات .

— خرف الاحتشاء المتعدد (Multy — infarct Demenia)

— خرف الشيخوخة غير المصنف فى مكان آخر .

— خرف ما قبل الشيخوخة غير المصنف فى مكان آخر .

(٢) اضطرابات عقلية ناشئة عن تعاطى مواد ذات تأثير نفسى

— الكحول وما ينشأ عنه من انسمام أو انسحاب أو هلاوس أو نساوة أو خوف .

— الأمفيتامين والمواد الشبيهة المفعول وما ينشأ عنها من انسمام أو انسحاب أو هذيان أو ضلال .

— الكافيين وما ينشأ عنه من انسمام .

— القنب وما ينشأ عنه من انسمام أو اضطراب ضلالى .

— الكوكايين وما ينتج عنه من انسمام أو انسحاب أو هذيان أو اضطراب ضلالى .

— المهلوسات وما ينتج عنها من هلاوس أو اضطراب ضلالى أو وجدانى أو اضطراب ادراكى يعقبها .

— المستنشقات (Inhalants) وما تحدثه من انسمام .

— النيكوين وما ينتج عنه من انسمام .

— الأفيون ومشتقاته وما ينتج عنه من انسمام وانسحاب .

- عقار ال ب سي ب (P C P) وما ينتج عنه من انسمام وهذيان واضطراب ضلالى واضطراب وجدانى .
- المهدئات والمنومات وما تحدثه من انسمام أو انسحاب أو هذيان انسحابى أو نساوة .
- مواد أخرى غير نوعية وما تحدثه من انسمام أو انسحاب أو هذيان أو خرف أو نساوة أو اضطراب ضلالى أو وجدانى أو قلق أو اضطراب شخصية أو اضطراب غير مصنف .

(٣) **اضطرابات عقلية عضوية ترتبط باضطراب جسمانى أو لسبب غير معروف** وتشمل الهذيان والخرف واضطراب النساوة والاضطراب الضلالى العضوى والهلاوس واضطراب الوجدان العضوى واضطراب القلق العضوى واضطراب الشخصية العضوى والاضطراب العقلى غير المصنف فى مكان آخر .

(٤) **الادمان سواء بالاعتماد على المادة فسيولوجيا أو الاسراف فى تعاطيها** وهذه المواد هى الكحول والأمفيتامين ومايشبهه والقنب والكوكايين والمهلوسات والمستنشقات من النيكوتين (اعتماد فقط) ، والأفيون ومشتقاته وعقار ال ب سى ب والمهدئات والمنومات ، والادمان لمواد متعددة ، والاعتماد على مادة ذات مفعول نفسى غير المصنف فى مكان آخر أو الاسراف فى تعاطيها .

٣ ــ الفصام (Schizophrenia) :ــ

- الكتاتونى (Catatonic) .
- غير المنتظم (Disorganized) .
- الاضطهادى (Paranoid) .
- غير المتميز (Undifferentiated)
- المتبقى (Residual) .

ويحدد أى من هذه الأنواع ما إذا كان لم يصبح مزمنا أو أصبح مزمنا ، و يصاحبه تفاقم (اشتداد) للأعراض ، أو فى هدأة أو غير نوعى .

٤ ـ الاضطراب الضلالى :ـ (Delusional Disorder) (Paranoid)

ـ اضطراب ضلالى (Delusional disorder) بأنواعه المختلفة الآتية :ـ

* هوس المحب (erotomanic)
* العظمة (grandiose) .
* الغيرة (Jealous) .
* الاضطهاد (persecutory) .
* الجسدية (Somatic) .
* غير النوعى (unspecified) .

٥ ـ اضطربات ذهانية غير مصنفة فى مكان آخر

ـ تفاعل ذهانى قصير الأمد (Brief reactive psychosis)

ـ الاضطراب شبه الفصامى . (Schizophreniform disorder)

ـ اضطراب الفصام الوجدانى (Schizoaffective disorder)

ـ الاضطراب الذهانى المحدث (Induced psychotic disorder)

ـ الاضطراب الذهانى غير المصنف فى مكان آخر (غير المطابق للأنواع السابقة) .

٦ ـ الاضطرابات الوجدانية (Mood Disorders) .

(١) الاضطرابات ثنائية القطبية (Bipaler Disorder) الذى قد يكون :ـ

ـ مختلط (Mixed)

ـ هوسى (Manic)

ـ اكتئابى (Depressed)

ـ دوارى (سيكلوثيميا) (Cylothymia) .

ـ اضطراب ثنائى القطيبة غير مصنف فى مكان آخر .

(٢)الاضطرابات الاكتئابية (Depressive Disorder) .

— نوبات الاكتئاب العظمى (Major Depression) وقد تكون نوبة واحدة (Single) أو مترددة (Recurrent) .

— الديسثيميا (عصابى اكتئابى) (Dysthymia) .

— الاضطراب الاكتئابى غير المصنف فى مكان آخر.

٧ـ اضطرابات القلق (Anxiety Disorders)

— اضطراب الهلع (Panic disorder) المصحوب برهاب الأماكن المتسعة أو غير المصحوب .

— رهاب الأماكن المتسعة غير المصحوب بنوبات هلع (Agoraphobia) .

— الرهاب الاجتماعى (Social Phobia) .

— الرهاب البسيط (Simple Phobia) .

— اضطراب الوسواس القهرى (Obsessive Compulsive disorder) .

— الانعصاب بعد حادثة (Post traumatic Stress disorder) .

— اضطراب القلق العام (Generalized Anxiety Disorder) .

— اضطراب القلق غير المصنف فى مكان آخر.

٨ـ الاضطرابات جسدية الشكل : (Somatoform Disorders) .

— اضطراب التشوه الوهمى للجسد (Body dymorphic disorder) .

— اضطراب التحول (Conversion disorder) أو عصاب الهستيريا .

— توهم المرض (Hypochondriasis) .

— اضطراب التجسيد (Somatization disorder) .

— اضطراب الألم الجسدى الشكل (Somatoform pain disorder)

— اضطراب جسدى الشكل غير المتميز
(Undifferentiated Somatoform disorder)
— الاضطراب جسدى الشكل غير المصنف فى مكان آخر

٩ — الاضطربات الانشقاقية (Dissociative Disorders)
(أو عصاب الهستيريا النوع الانشقاقى) وتشمل :—

— اضطراب تعدد الشخصية (Multiple personality Disorder)
— الشراد النفسى (Psychogenic fugue) .
— النساوة النفسية (Psychogenic amnesia) .
— اضطراب اختلال الإنية (Depersonalization Disorder) .
— الاضطراب الانشقاقى غير المصنف فى مكان آخر .

١٠ — الاضطرابات الجنسية (Sexual Disorders) .

(١) الشذوذات الجنسية (Paraphilias) .

— الاستعرائية (Exhibitionism) .
— التوثين (الفيتيشية) (Fetishism) .
— التحكك (Frotteurism) .
— الولع بالأطفال (Pedophilia) .
— المازوخية الجنسية (Sexual Masochism) .
— السادية الجنسية (Sexual Sadism) .
— التوثين منحرف الملبس (Transvestic Fetishism) .
— التبصص (Voyeurism) .
— الشذوذ الجنسى غير المصنف فى مكان آخر .

(٢) اضطرابات الوظيفة الجنسية (Sexual dysfunctions) .

(أ) اضطرابات الرغبة الجنسية وتشمل :ـ

ـ اضطراب نقص الرغبة الجنسية (Hypoactive Sexual desire)

ـ اضطراب تجنب اللقاء الجنسي (Sexual Aversion disorder)

(ب) اضطرابات الإثارة الجنسية وتشمل :ـ

ـ اضطراب الإثارة الجنسية لدى الذكر (العنة)
(Male erectile disorder)

ـ اضطراب الاثارة الجنسية لدى الأنثى
(Female Sexual arousal disorder) .

(جـ) اضطرابات الذروة الجنسية (orgasm disorders) .

ـ الذروة المثبطة لدى الذكر (Inhibited male orgasm) .

ـ الذروة المثبطة لدى الأنثى (Inhibited Female orgasm) .

ـ سرعة القذف (Premature ejaculation) .

(د) اضطرابات الألم الجنسية (Sexual Pain Disorders) .

ـ ألم الجماع (Dyspareunia)

ـ التقلص المهبلي (Vaginismus) .

(هـ) اضطرابات الوظيفة الجنسية غير المصنفة في مكان آخر .

(٣) اضطرابات جنسية أخرى مصنفة في مكان آخر.

١١ ـ اضطرابات النوم (Sleep Disorders) .

(١) اضطرابات النوم (Dyssomnias) وتشمل :ـ

ـ اضطرابات الأرق (insomnias) الأولى أو الثانوي (لسبب نفسي آخر أو عضوي) .

- اضطرابات فرط النوم (Hypersomnias) الأولى أو الثانوى (لسبب نفسى آخر أو عضوى) .
- اضطرابات إيقاع النوم واليقظة (Sleep Wake Schedule disorders)

(٢) اضطرابات المخلات بالنوم (Parasomnias) وتشمل :-

- اضطرابات الكوابيس الليلية (Dream anxiety disorder) or . (Nightmare disorder)
- اضطراب الفزعات اثناء النوم (Sleep terrors disorder)
- اضطراب المشى أثناء النوم (Sleep walking disorder) .
- اضطرابات مخلة بالنوم غير مصنفة فى أى مما سبق .

١٢ - الاضطرابات المستحدثة (Factitious Disorders) .

- المصاحبة بأعراض جسمانية .
- المصاحبة بأعراض نفسية .
- الاضطرابات المستحدثة غير المصنفة فى مكان آخر .

١٣ - اضطرابات التحكم فى النزعة غير المصنفة فى مكان آخر (Impulse control disorders not Elsewhere classified) وتشمل

- الاضطراب الانفجارى المتقطع (Intermittent Explosive Disorder)
- هوس السرقة (Kleptomania) .
- المقامر المرضية (pathological gambling) .
- هوس اشعال الحرائق (Pyromania) .
- هوس خلع الشعر (Trichotillomania) .
- اضطراب التحكم فى النزعة غير المصنف فى مكان آخر .

١٤ - اضطراب التأقلم (Adjustment Disorder) .

- المصاحب بوجدان قلق .

- المصاحب بوجدان مكتئب .
- المصاحب باضطراب السلوك .
- المصاحب باضطراب مختلط من الانفعالات والسلوك
- المصاحب بانفعالات مختلطة .
- المصاحب بشكاوى جسمانية .
- المصاحب بنقص الأداء فى العمل أو الدراسة .
- اضطراب تأقلم غير مصنف فى مكان آخر .

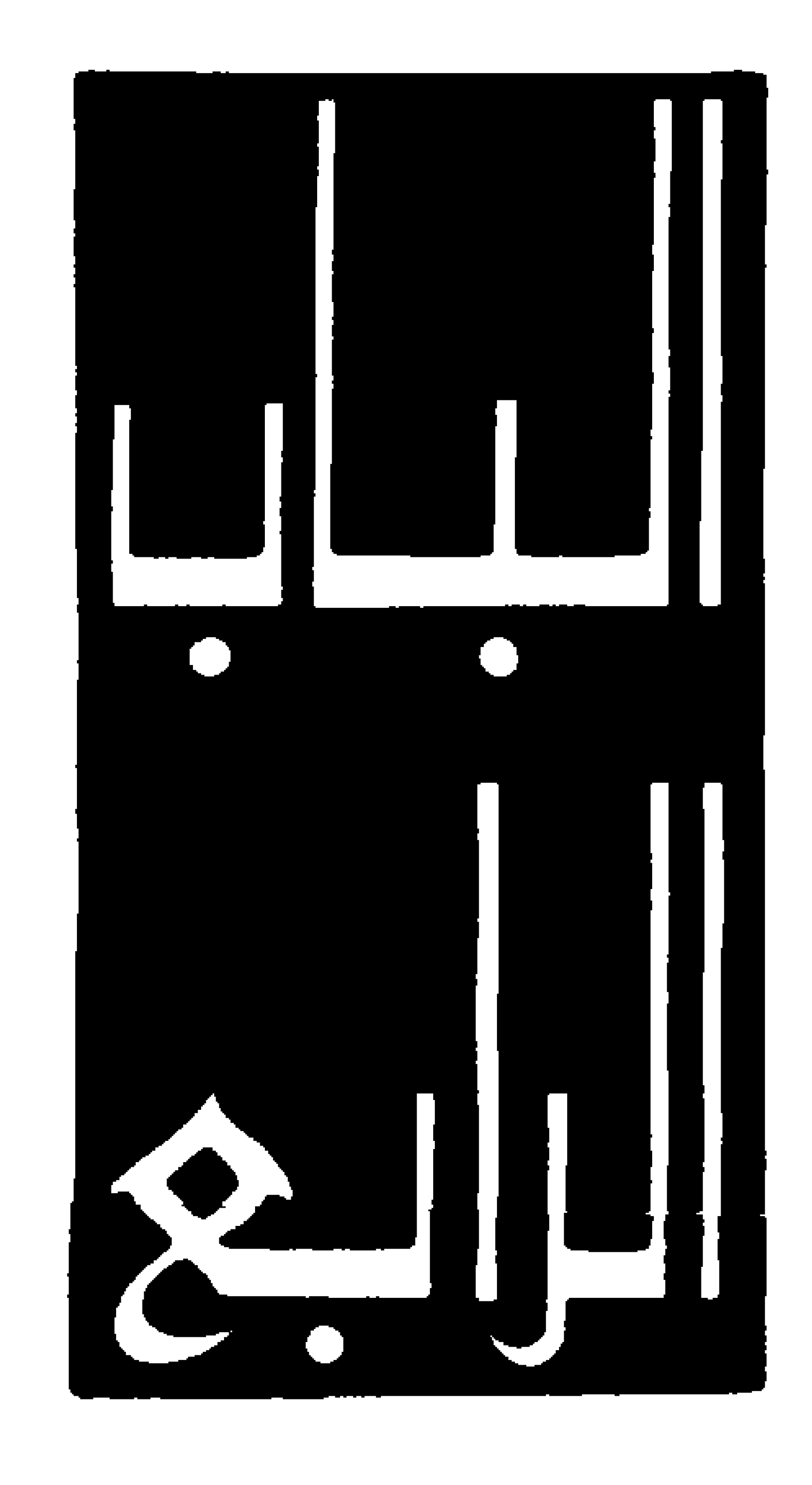
١٥ ـ الاضطرابات الجسمانية الناشئة عن عوامل نفسية (السيكوسوماتيك)

(Psychological factors affecting physical condition)

or (Psychosomatic disorders)

١٦ ـ حالات تمثل للعلاج ولا تعزى لمرض نفسى (V - Codes)

- مشاكل دراسية .
- السلوك المضاد للمجتمع من شخص راشد .
- السلوك المضاد للمجتمع من طفل أو مراهق .
- التمارض .
- مشكلة زوجية .
- رفض أخذ علاج طبى .
- مشاكل فى العمل .
- مشكلة بين الأب وطفله .
- مشاكل بين الأشخاص .
- ظروف أسرية معينة .
- الفقد بالوفاة غير المصحوب بمضاعفات .



الأمراض النفسية .

الأمراض النفسية

بعد أن عرضنا فى الباب السابق لتصنيف الأمراض النفسية ، سوف نورد فى هذا الباب تفصيلا اكلينيكيا لكل من هذه الأمراض فى ضوء التصنيف الأمريكى الإحصائى التشخيصى الثالث المراجع ، مع تفصيل للأسباب والمسار والعلاج والتنبؤ بمصير هذه الحالات.. وسوف نضرب فى مقدمة كل فصل لأمثلة من الحالات المرضية الواردة فيه ، لعلها تعطى صورة حية لمشكلة المرض ، أو تثير تساؤلات لدى القارىء فتجعله يبحث عن إجابات لها ، فيكون بذلك مشاركا إيجابيا فى العملية التعليمية لا متلقيا سلبيا ، وقد يقربنا هذا خطوة من أسلوب التعلم بطرح المشكلة ، أملا فى الارتفاع بمستوى العملية التعليمية إلى مستوى حل المشكلات ، وعدم الاكتفاء بتخزين المعلومة واستدعائها أو تفسيرها فى أحسن الأحوال ، لأن الغرض النهائى هو حل مشكلة المريض وصولا إلى ارتقاء بمستوى الأداء فى الممارسة الاكلينيكية .

الفصل الأول

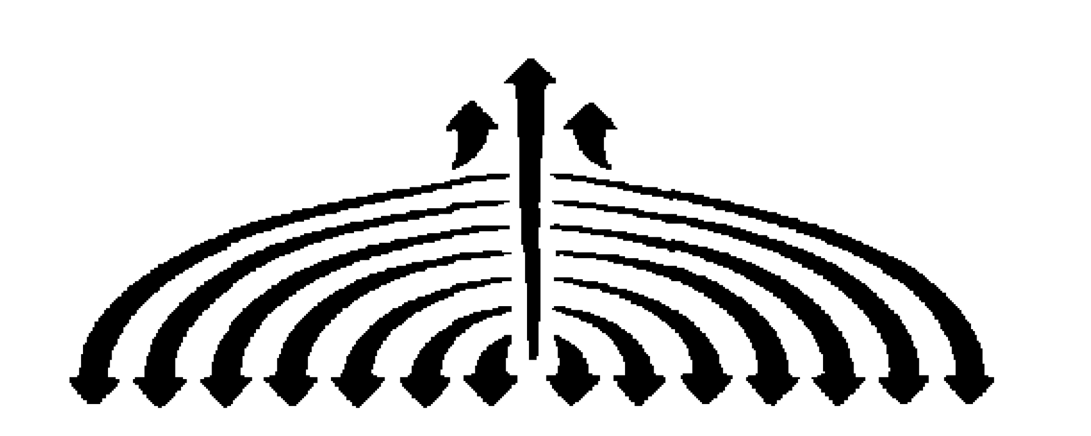
مقدمة :ـــ

١ ـــ رجل فى الخامسة والخمسين من عمره يعمل محاسبا يشكو من النسيان وفقد بعض الأشياء بسبب هذا النسيان ، وأصبح يخطىء فى عمله الذى كان ناجحا فيه مع سرعة استثاره حيث أصبح ينفعل لأ تفه الأسباب و يسىء لمن حوله فى البيت والعمل وعند فحصه وجد فقد الذاكرة قريبة المدى ، وعدم قدرة على تحديد المعانى للأقوال الشائعة ، ولم يستطع حل المسائل الحسابية البسيطة التى أعطيت له (فلم يستطع طرح ٧ من ١٠٠) ، واضطراب حكمه على الأمور، ولم يستطع ترتيب اعواد الكبريت على شكل معين .

٢ ـــ شاب فى العشرين من عمره طالب فى الثانو ية العامة ، أحضره أهله وشكوا من ادمانه للهرو ين مع مايتوفر له من عقاقير مخدرة من ثلاثة أعوام ، وأهمل فى دراسته وأصبح يسرق النقود والمصوغات من البيت ، وأصبحت تصرفاته سيئة وألفاظه كذلك ، و يغيب عن البيت بعض الليالى مع أصدقاء ليسوا من مستواه

الاجـتـمـاعـى ، وأحيانا يجده أهله فى حالة اعياء شديدة يشكو من صداع والآم فى جـسـمـه ورشـح مـن أنـفـه وقـىء واسـهـال ، وأحيانا يبدو طبيعيا ، ولكنه فى كل الأحـوال لا مـبـالى بمستقبله أو بمن حوله .. وعند فحصه لوحظ عدم ضبطه لمخارج الـحـروف أثـنـاء الـكلام (انزلاق الكلام) (slurred speech) وأن حركته غير دقيقة مع وجود آثار مواضع حقن فى يده اليسرى وذراعه الأيسر .

هذان مثالان لـحالات اكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل .. هل يمكنك بـعـد إعـادة قـراءتـهـمـا أن تـضـع اهـدافـا تـعـلـيـمـية تبغى معرفتها ؟ ما هى هذه الاهداف ؟ .



الاضطرابات العقلية العضوية

(Organic Mental Disorders)

وهي عبارة عن اضطرابات لوظائف العقل والسلوك الناتجة من التلف الدائم للدماغ أو اضطراب وظيفته الموقت أو كلاهما ، والسبب قد يكون أوليا (أى أن الإصابة فى الدماغ) أو ثانويا لمرض عام فى الجسم .

وهذه المجموعة تشمل :ــ

أولاــ لزمات اضطراب الدماغ العضوى (Organic Brain Syndromes)

وتمثل تجمعا من الأعراض المرضية النفسية التى تميل للتواجد معا ، وتستخدم هذه التسمية (لزمات اضطراب الدماغ العضوى) لوصف التجمع المشار إليه من الأعراض المرضية النفسية دون النظر إلى السبب (مثل الهذيان أو الخزف ، وقد توجد لدى الشخص أكثر من لزمة معا .

ثانياــ الاضطرابات العقلية العضوية (Organic Mental Disorders)

وتشير إلى لزمات اضطراب الدماغ العضوى التى يكون السبب فيها معروفا أو مفترضا (مثل التوقف عن تعاطى الكحول أو الخرف المتسبب عن احتشاءات متعددة بالدماغ) .

والاضطرابات العقلية العضوية غير متجانسة لا تتآلف فى سمة واحدة تميزها ، ولكن الأعراض الآتية تبرز فى هذه الاضطرابات :ــ

١ ــ ضعف القدرة المعرفية والذكائية : وتظهر فى صورة الأعراض الآتية :ــ

(١) ضعف الذاكرة خاصة للأحداث القريبة ، وصعوبة تكون ذاكرة للأحداث الجديدة مما يشكل صعوبة فى عملية التعلم .

(٢) عدم القدرة على التفكير التجريدى ، وتظهر فى نقص القدرة على التعميم والابتكار والتمييز بين الأشياء والتعليل المنطقى للأشياء وتكوين المفاهيم وحل المشكلات .

(٣) عدم القدرة على انجاز المهام غير المألوفة فى وقت مناسب .

(٤) نقص معدل الذكاء .

(٥) ضعف قدرة الحكم على الأمور.

(٦) نقص الانتباه أو التشتت، عدم القدرة على الانتباه للمثيرات، أو عدم القدرة على مواصلة الانتباه، أو عدم القدرة على الانتقال من مثير إلى آخر.

(٧) ضعف القدرة على ادراك البيئة خاصة للزمان والمكان.

(٨) ضعف القدرة الحسابية.

(٩) اختلال ادراك المريض لذاته (Depersonalization) ولبيئته المحيطة (Derealization)، و ينتج عن ذلك الارتباك واضطراب صورة الجسم.

٢ ــ التغير الانفعالى والاندفاع: حيث تتغير التعبيرات الانفعالية (لفظية وغير اللفظية) وتصبح غير مناسبة (مثل فقدان الشعور أو المرح المرضى أو سرعة الاستثارة أو التقلب الانفعالى)، و يصبح المريض غير قادر على كبح نزعاته ودون اعتبار لنتائجها الاجتماعية.

٣ ــ اضطراب اليقظة: حيث يضطرب وعي المريض بنفسه و بالعالم من حوله، وتنتج أعراضا منها تغيم الوعى أو تغيره أو تَضَيُّقه.

٤ ــ أعراض تعويضية وقائية: حيث يظهر المريض أنماطاً من السلوك تهدف إلى المحافظة على إنجاز مناسب وتجنب الاضطراب، وتعد أعراضا تكيفية.

٥ ــ أعراض تفاعلية: وتعكس هذه الأعراض مايعنيه الاضطراب ذاتيا للمريض طبقا لشخصيته وقيمه الاجتماعية والاقتصادية خاصة الأعراض الذهانية، التى تُمثِّل اشتداد التفاعل المرضى (مثل من يشك فى الآخرين فقد تصبح لديه ضلالات اضطهادية بارزة).

أولا: لزمات اضطراب الدماغ العضوية (Organic Brain Synd) لكى تشخص لزمات اضطراب الدماغ العضوى يلزم شيئان أساسيان:ــ

١ــ وجود الأعراض النفسية الأساسية للزملة المحتملة.

٢ــ وجود برهان يشير إلى اضطراب الدماغ العضوى.

وتقسم اللزمات العقلية العضوية إلى ست مجموعات هي :ـ

١ــ الهذيان والخرف (Delirium &Dementia) : وفيها يكون الخلل المعرفي عام نسبيا .

٢ــ لزمتي النساوة والهلاوس العضويتين : التي فيهما تختل وظائف معرفية معينة .

٣ــ لزمات الضلالية والوجدانية والقلقية العضوية :ـ والتي بها ملامح تشبة الفصام واضطراب الوجدان والقلق .

٤ــ لزمة اضطراب الشخصية العضوية : التي فيها تختل الشخصية .

٥ــ لزمات الانسمام أو التوقف عن مادة مؤثرة نفسيا .

٦ــ لزمات عقلية عضوية : غير محددة في مكان آخر .

١ ــ الهذيان (Delirium)

وهو اضطراب عقلي عضوي يتميز بنقص قدرة المحافظة على الانتباه للمثيرات الخارجية وصعوبة الانتقال من مثير لآخر ، واختلال التفكير كما يبدو من اللف والدوران ، أو عدم ارتباط الأفكار ببعضها وعدم اتساق الكلام ، مع نقص مستوى الوعي واختلال الادراك الحسي ، واضطراب دورة النوم واليقظة واضطراب النشاط الحركي ، وعدم الاهتداء (عدم ادراك الزمان والمكان أو عدم ادراك الأشخاص) ، وخلل الذاكرة .. وعادة تكون البداية سريعة والمسار متموج والمدة قصيرة .

واضطراب الانتباه في الهذيان يعد العلامة الأساسية ، حيث تكون صعوبة المحافظة على الانتباه وصعوبة الانتقال من مثير لآخر ، و يسهل تشتت الشخص بمثيرات ليست لها علاقة ، ويجب تكرار الأسئلة عدة مرات بسبب عدم قدرة الشخص على تركيز انتباهه ، و يصعب أن يندمج في محادثة لأنه متشتت الانتباه ، أو لأنه مواظب على تكرار استجابة لأسئلة سابقة ؛ و ينشأ عن نقص الانتباه فقد الذاكرة للأحداث القريبة إلى حد ما .

والمصاب بالهذيان لايستطيع المحافظة على اتساق التفكير ، و يفقد التفكير وضوحه المعتاد كما يفقد الهدف و يبدو متناثرا وغير مترابط .

وكثيرا ماتوجد اضطرابات الادراك فى صورة خداعات أو هلاوس ، وأغلبها بصرية ، وغالبا مايصاحبها اقتناع ضلالى بواقعية الهلاوس ، و يصاحبها استجابة سلوكية انفعالية ترتبط بمحتواها .

وتختل دورة النوم واليقظة ، حيث يصعب نوم المريض ليلا و يظل ساهرا و يكثر انخفاض مستوى الوعى الذى يتدرج من الدوخة إلى مايشبه الغيبوبة ، وتكثر الكوابيس أثناء النوم وقد ترتبط بالهلاوس .

واضطراب النشاط الحركى فى صورة عدم الاستقرار وكثرة الحركة وتحريك الأغطية ومحاولة القيام من السرير والخبط على الأشياء المحيطة به وفجائية تغيير الوضع ، وقد تقل الحركة إلى مايشبه الذهول الكتاتونى ، وغالبا ماينتقل من نقيض لآخر (من كثرة الحركة إلى انعدامها) .

الأعراض المصاحبة :ـــ

وتشمل الخوف والقلق والاكتئاب وسرعة الاستثارة والغضب والسرور والتبلد ، والخوف أكثرها وسببه الهلاوس المهددة أو الضلالات غير المنتظمة ، وقد يزداد الخوف لدى المريض لدرجة إيذاء نفسه ، أو يهاجم من توهم زيفا أنهم مهددين له ، أما مشاعر الاكتئاب الشديدة فقد تؤدى إلى إيذاء النفس والبكاء وطلب المساعدة .

والعلامات العصبية غير شائعة فى حالات الهذيان والاستثناء الوحيد هو الحركات غير العادية مثل مختلف أنواع الرعشة (مثل الرعشة المرفوفة) ، وعلامات الجهاز العصبى المستقل (مثل سرعة ضربات القلب والعرق واحمرار الوجه واتساع فتحة انسان العين وارتفاع ضغط الدم) .

وقد توجد اضطرابات أخرى لوظيفة قشرة المخ تشمل عدم القدرة على تسمية الأشياء (Dysnomia) وعدم القدرة على الكتابة (dysgraphia) .

البداية والمسار والمآل :ـــ

يبدأ الهذيان فى أى سن ولكنه شائع بصفة خاصة فى الأطفال و بعد سن الستين ، وهو اضطراب قصير المدى ، وأحيانا يبدأ فجأة كما فى حالة إصابة الرأس ، وأحيانا يسبق بأعراض ممهدة تظل عدة أيام أو ساعات ، (وتشمل : عدم

الاستقرار وصعوبة التفكير الواضح ، ' ادة الحساسية للمثيرات السمعية والبصرية والأرق ليلا والنوم نهارا والكوابيس) ، وظهور الأعراض يكون ببطء وأكثر فى حالات الهذيان الناتج عن مرض جهازى (Systemic) أو اختلال أيضى .

و يعتبر تماوج الأعراض من أهم مواصفات الهذيان ، والشخص يكون أسوأ مايمكن خلال ساعات عدم النوم ليلا أو فى الظلام ، وأحيانا يكون الشخص منتبها ومتسقا فى تفكيره وتسمى هذه الظاهرة (Iucid interval) ، وتحدث فى أى وقت ولكنها أكثر حدوثا فى الصباح ، وهذا يساعد فى تمييز الهذيان من المتلازمات العقلية الأخرى .

وعادة تظل نوبة الهذيان مدة قصيرة (حوالى أسبوع) ، ونادرا مايظل لأكثر من شهر ، وإذا عولج سبب الهذيان يكون الشفاء كاملا ، وإذا ظل السبب موجوداً فإن الصورة الاكلينيكية تتحول تدريجيا من الهذيان إلى شكل اخر من الأمراض العقلية العضو ية أكثر ثباتا (مثل الخزف) أو تكون الوفاة .

ومن أهم مضاعفات الهذيان الإصابات الناتجة عن السقوط من السرير فى محاولة المريض الهروب من الهلاوس المخيفة ، وإذا أهمل العلاج فإنه قد يتحول إلى خرف أو نساوة عضو ية أو اضطراب الشخصية العضو ية .

تشخيص الهذيان :ـــ

عادة يشخص الهذيان بجوار سرير المريض اكلينيكيا ، فهويتميز ببداية مفاجئة للأعراض وتتماوج هذه الاعراض (زيادة ونقصانا) خلال ساعات اليوم وهذه سمة مميزة تشخيصيا .. كما أن وجود مرض عضوى أوتاريخ إصابة الرأس ، أو ادمان كحولى أو عقارى يرجح التشخيص .. و يتأكد أيضا من خلال الفحص العقلى بملاحظة صعوبة استمرار الانتباه لمثير معين أو الانتقال من مثير إلى آخر واختلال التفكير والادراك والذاكرة .

التشخيص الفارق :ـــ

١ ـــ الفصام والاضطراب فصامى الشكل والاضطرابات الذهانية الأخرى : وذلك لوجود الهلاوس والضلالات واختلال التفكير ، إلا أنها فى الهذيان تكون غير

منتظمة، مع تماوج المسار ونقص الانتباه سواء فى استمراره تجاه مثير أو انتقاله لمثير اخر، وخلل الذاكرة والاهتداء، كلها سمات تميز الهذيان..

٢ــ الخرف : الذى فيه يوجد خلل الذاكرة مثل الهذيان ، ولكن فى الخرف يكون الشخص يقظا ، إلا أنهما قد يوجدان معا ، ولايمكن أن يشخص الخرف فى حالة وجود الهذيان ، ولكن يشخصان معا حالة استقرار الخرف قبل الهذيان .. عند الخلط بينهما يفضل أن تشخص هذيان لأنه يعطى الفرصة لعلاج فعال إلى أن يتضح التشخيص الصحيح .

٣ــ استحداث أعراض نفسية (Factitious) حيث يكون تخطيط الدماغ طبيعيا يساعد على استبعاد الهذيان .

الانتشار:ــ

عادة يجد الأطباء النفسيون الهذيان فى الحالات التى يدعون للاستشارة بشأنها فى أقسام الطب والجراحة فى المستشفيات العامة حيث لوحظ أن حوالى (١٠٪) من كل المرضى الذين يدخلون إلى المستشفيات العامة يظهرون الهذيان بدرجة ما .. ويختلف معدل الحدوث فى أقسام المستشفى ، فعلى سبيل المثال يصل إلى (٣٠٪) من المرضى فى أقسام الجراحة ذات الرعاية المركزة وفى وحدات الرعاية المركزة لمرضى شرايين القلب التاجية ، و يصل إلى (٢٠٪) فى مرضى الحروق الشديدة. و يكثر انتشاره بين الأطفال والشيوخ، كما يكثر بين المصابين بآفات فى الدماغ ومن سبقت إصابتهم بالهذيان .

أسباب الهذيان :ــ

وأسباب الهذيان مركبة ومتعددة ومتداخلة فهى خليط من ظروف موقفية وعوامل شخصية ودوائية ، فمثلا سبب الهذيان بعد عملية جراحية يشمل ضغط الجراحة وألم ما بعد العملية والأرق وعلاج الألم واختلال الكهارل (electrolytes) والعدوى والحمى ونزف الدم .

ويمكن تصنيف الأسباب كما يلى :ــ

١ ــ أمراض جهازية (Systemic/Diseases) :ــ مثل هبوط القلب ونقص

التغذية وفقر الدم والعدوى والحمى والجفاف وتسمم بالبولينا وزيادة أو نقص إفراز الغدة الدرقية ، وكل الأسباب التى تؤدى إلى نقص الأكسجين فى الدم ، و يلاحظ أن هذه الأسباب إذا تركت دون علاج تؤدى إلى مرض مخى مثل الخرف .

٢ ــ اضطرابات أيض مثل اختلال الكهارل ، واختلال الاتزان الحامض القلوى (Acid Base Balance) ، وزيادة أو نقص الكالسيوم فى الدم .

٣ ــ أمراض عصبية مثل التهاب الدماغ وإصابات الرأس خاصة التى تحدث تجمعا دمويا تحت الأم الجافية .

٤ ــ العقاقير: وخاصة مدرات البول (التى تسبب جفافا مع اختلال الكهارل فى الدم) ، والملينات (لنفس السبب) ، والمنومات (البابتيورات) ، والمطمئنات العظمى (Benzodiazepines) والمهدئات (Major Tranquilizers) حيث أن لها تأثيرا مضاد للأستيل كولين (Anticholinergic) يسبب هذيان و بصفة خاصة لكبار السن من الشيوخ .

٥ ــ احتباس البول الحاد واحتباس البراز يرتبط أحيانا بحالات الهذيان .

علاج الهذيان :ــ

يستلزم إدخال المريض مستشفى ، حيث يتم فحصه جيدا بحثا عن السبب الذى قد تكشفه الاستقصاءات المعملية ، و بالإضافة إلى علاج السبب يلزم علاج عام للأعراض يشمل تخفيف التوتر ومنع المضاعفات والإصابات والتغذية ومراعاة الكهارل بالجسم والسوائل .

و يعتمد العلاج على الموقف الذى حدث فيه الهذيان، فمثلا فى حالة الهذيان الذى يتبع إزالة المياه البيضاء من العين (كاتراكتا)، والناتج عن عَصْبُ العينين، يتحسن بعمل فتحة صغيرة جدا فى العصابة لإدخال بعض الضوء وفى حالة العزل الحسى المسبب للهذيان فإن المريض سوف يفيد من إضاءة حجرته ليلا وكثرة تردد أعضاء الفريق العلاجى وأفراد الأسرة عليه ، وشرح الأمر له وطمأنته، مع وضع تلفاز فى حجرته .

و يقتصر العلاج بالعقاقير على الضرورى جدا منها ، خاصة فى حالة الفوران الداخلى وعدم الاستقرار لمنع المضاعفات والاصابات ، والعقار المفضل هو (الهالوبيريدول) (Haloperidol) ، وفى حالة الأرق يعطى بنزودياز بين قصير المفعول .

٢ ــ الخرف (Dementia)

وهو فقد (نقص) القدرات الذكائية بحيث تؤثر على أداء الشخص الوظيفى والاجتماعى ، و يظهر فى صورة خلل الذاكرة والحكم على الأمور ، ونقص التفكير التجريدى ، وخلل الوظائف العليا لقشرة المخ أو تغير الشخصية ، على أن لا يكون ذلك نتيجة لنقص الانتباه ، وأن يكون له سبب عضوى ولكن فى حالات محددة مثل الخزف التنكسى الأولى كما فى مرض الزهيمر (Alzheimer's Dis.) قد لا يمكن تحديد عامل عضوى للاضطراب ورغم ذلك فإن هذه الحالات تشخص خرف ، خاصة إذا ارتبط خلل الذاكرة بخلل التفكير أو خلل الحكم على الأمور أو تغير الشخصية ، واستبعدت كل الشخصيات الأخرى غير العضو ية (مثل نو بة الاكتئاب العظمى) .

وخلل الذاكرة هو أكثر الأعراض بروزا ، وهو أكثر للأحداث القريبة مثل نسيان الأسماء وأرقام التليفونات والاتجاهات والمحادثات وأحداث اليوم ، وفى الحالات الأكثر شدة ينسى كل الجديد ، وقد لا ينهى المهام التى يبدأها لنسيانه ، وهذا يسبب ترك صنابير المياه مفتوحة أو البوتاجاز مشتعلا ، وفى الحالات المتقدمة ينسى أسماء المقربين إليه أو وظيفة وتعليمه وتاريخ ميلاده وأحيانا ينسى اسمه ، و يظهر ترددا أثناء الفحص فى الإجابة على الاسئلة .

و يكثر اختلال الحكم على الأمور لدى المخرف ، ولا يتحكم فى نزعاته ، و يصبح غليظ القول جاف الألفاظ ، يلقى بنكات غير مناسبة ، و يهمل فى مظهره الشخصى وفى نظافته ، ولا يحترم القوانين أو العرف والتقاليد ، وتضطرب علاقاته الاجتماعية .. ويميز خلل الحكم على الأمور وضعف التحكم فى النزعات أنواع معينه من الخزف وهى التى تصيب الفصوص الأمامية للمخ .

و يشمل الخرف اختلات متفاوته لاضطراب الوظائف العليا لقشرة المخ ، فرغم أن اللغة قد لاتتأثر فى بعض الاضطرابات العصبية التى تسبب الخرف ، فإنها تصبح غيرطبيعية فى البعض الآخر ، فقديبدو الكلام غامضا وظو بيا ، أو لغوا لايعنى شيئا ، أو تظهر الحبسة مثل حبسة التسمية (صعوبة تسمية الأشياء) ، وفى الأشكال الشديدة للخرف قد يصبح الشخص أبكم . وتضطرب قدرته التركيبية فلا يستطيع رسم الأشكال ذات الأ بعاد الثلا ثة أو يرتب أعواد الكبريت فى شكل معين ، و يفشل فى التعرف على الأشياء برغم سلامة الحواس (agnosia) ، ولا يستطيع تنفيد نشاط حركى معين برغم سلامة الوظيفة الحركية (apraxia) (Motor Aphasia) .

وتتغير الشخصية فى حالات الخرف إما بتغير الطباع أو تفاقم صفات الشخصية التى كانت موجودة قبل المرض ، (فالوسواسى تزداد وسوسته والاضطهادى تزداد اضطهاديته) ولكن الشائع أن ينسحب الشخص و يصبح متبلدا وتقل علاقاته الاجتماعية . و يوصف من قبل الآخرين أنه تغير (لم يعد نفسه)

والأعراض المصاحبة قد تكون خفيفة فى صورة قلق أو اكتئاب ، وقد يحاول اخفاء قصور الذكاء بأعراض تعو يضية مثل زيادة الترتيب . أو ربط الأحداث بتفاصيل دقيقة لتجنب فجوات الذاكرة ، أو الانسحاب الاجتماعى ، وأحيانا تلاحظ الأفكار الاضطهادية وتنتج اتهامات زائفة وشجارات لفظية وجسمانية ، والشخص الغيور عندما ينتابه الخرف قد يصاب بضلالات الخيانة الزوجية و يعتدى فعلا على زوجته .

البداية والمسار والمآل :ـــ

والغالب فى الخرف أن يحدث فى الشيخوخة ، ولكن تحت تأثير عوامل معينة يمكن أن يحدث الخرف فى أى سن ، حيث يشخص الخرف فى أى سن بعد استقرار معدل الذكاء (عادة عند الثالثة أو الرابعة من العمر) ، فإذا كان الطفل فى سن الرابعة وأصيب بمرض عصبى مزمن تدخل مع وظائفه المكتسبة السابقة لدرجة تقلل ذكائه ووظائفه التكو ينية السابقة ، فإنه يشخص خرف مع تخلف عقلى .

و يعتمد مسار الخرف على العامل المسبب ، فعندما يكون الخرف ناتجا من نوبة واضحة لمرض عصبى مثل نقص الأكسجين الواصل إلى المخ أو التهاب المخ أو اصابة الرأس فإنه يبدأ فجأة ، و يظل ثابت نسبيا لفترة طويلة ، أما الخرف التنكسى الأولى من نوع الزهيمر فبدايته عادة متخفية تتقدم ببطء فى مسار اشتدادى يصل إلى التدهور فى عدة سنوات .. وهناك الخرف الناتج من ورم فى المخ أو تجمع دموى تحت الأم الجافية أو عوامل أيضية فتكون بدايته متدرجة ويمكن علاج السبب كما فى نقص هرمون الغدة الدرقية ، فإن الخرف يمكن علاجه وإيقاف مساره .

فى الماضى كان مصطلح الخرف (Dementia) يعنى أنه لا رجعه فى مساره ولا شفاء منه ، ولكن الآن يوصف الخرف على أنه متلازمة ذات أعراض ومواصفات اكلينيكية فقط ولا تحمل أى إشارة إلى التنبؤ بالمال ، فقد يكون الخرف متزايدا (اشتداديا) أو ثابتا أو متقطعا أو متراجعا (متهاودا) ، وهذا يعود إلى طبيعة السبب الذى يكمن خلف الخرف والعلاج المتاح فى التوقيت المناسب وفعاليته .

الإعاقة والمضاعفات :ـ

يشخص الخرف عادة عندما يكون الفقد فى الذكاء كافيا لأن يتداخل مع الوظيفة الاجتماعية أو المهنية ، إلا أن درجة الإعاقة تتفاوت ، وفى الخرف الاشتدادى يصبح الشخص غير مدرك لما حوله و يلزم له عناية دائمة .. وقد يتجول و يفقد طريق العودة أو يتعرض لحادث ، وقد يؤذى نفسه أو الآخرين ، أو ينتابه هذيان بالإضافة الى الخرف .

تشخيص الخرف :ـ

يعتمد التشخيص الاكلينيكى للخرف على التاريخ المرضى من المريض والمحيطين به وعلى فحص الحالة العقلية .. حيث يلاحظ من التاريخ المرضى تغير فى انجاز المريض وسلوكه سواء فى البيت أو فى العمل ، كما يشكو المريض من النسيان وقصور الذكاء لديه ، أو ينكر ذلك ويبرره فى محاولة لاخفاء خلل الذكاء لديه ، أو شكوى من حوله من الأعراض التعويضية مثل الترتيب الشديد أو

الانسحاب الاجتماعى أو ربط الأحداث بتفاصيل دقيقة ، أو تلاحظ انفجارات من الغضب أو السخرية أو الالقاء بنكات غير مناسبة سخيفة أو التقلب الانفعالى أو التبلد الوجدانى .. ويمكن أن نلخص السمات التشخيصية للخزف فيما يلى :ـــ

١ ـــ خلل الذاكرة للأحداث القريبة والبعيدة ، فلا يستطيع تذكر ثلاثة أشياء بعد خمسة دقائق ، كما لا يستطيع تذكر المعلومات التى كان يعرفها جيدا فى الماضى .. على أن يتداخل هذا مع أداء الشخص لعمله أو أنشطته الاجتماعية وعلاقاته بالآخرين .

٢ ـــ مع واحد على الأقل مما يلى (مع تداخلها فى أدائه لعمله أو علاقاته الاجتماعية) :ـــ

(أ) خلل فى قدرته على التفكير التجريدى ، كما يتضح من عدم معرفته لأوجه التشابه والاختلاف بين الكلمات المتشابهة وصعوبة تعريف الكلمات المتشابهة وصعوبة تعريف الكلمات وإعطاء المفاهيم (مثل إعطاء معنى لمثل شائع ومعروف لعامة الناس) .

(ب) خلل فى حكمه على الأمور كما يتضح من تعامله غير المناسب مع الأشخاص والأسرة ومع مشاكل العمل .

(جـ) اضطرابات أخرى لوظائف قشرة المخ العليا الحبسه اللغوية (حبسة الكلام التعبيرية أو حبسة حركية (apraxia) أو حبسة حسية (Agnosia) والفشل فى قدرة تكوين الأشكال (مثل الفشل فى ترتيب أعواد الكبريت فى شكل معين) .

(د) تغير الشخصية أو تفاقم صفات كانت موجودة قبل المرض . .

٣ـــ ليست جزءا من مسار الهذيان

٤ ـــ وجود سبب عضوى من التاريخ المرضى أو الفحص الاكلينيكى أو المعملى ، وفى حالة عدم وجود سبب يمكن افتراضه ما لم يمكن أن يعزى إلى اضطراب عقلى غير عضوى (مثل نوبة الاكتئاب العظمى) .

وتتحدد شدة الخرف كما يلى :

١ ـ خرف خفيف : يستطيع المخرف أن يعيش معتمدا على نفسه برغم وجود خلل فى أدائه لعمله ووظائفه الاجتماعية بسبب المرض .

٢ ـ خرف متوسط : يحتاج إلى إشراف لأن اعتماده على نفسه يعرضه لمخاطر .

٣ ـ خرف شديد : ويحتاج المخرف إلى رعاية وإشراف مستمر (فلا يستطيع المحافظة على نظافته) .

التشخيص الفارق :ـ

١ ـ علامات الشيخوخة العادية : والتى لايكون فيها خلل الذاكرة شديدا ولايكفى للتداخل مع الأداء الوظيفى والاجتماعى .

٢ ـ الهذيان : ويختلف عنه الخرف فى وجود خلل الذاكرة مع اليقظة وثبات الأعراض وعدم تماوجها .

٣ ـ الفصام : وفيه يغيب السبب العضوى خلافا للخرف .

٤ ـ نوبة الاكتئاب العظمى : التى قد تسبب خلل الذاكرة وصعوبة التركيز والتفكير، وهومايسمى بالخرف الكاذب (Pseudo - dementia) .. وفى حالة غياب السبب العضوى مع وجود أعراض تشير إلى اكتئاب أو خرف ، فمن الأفضل أن يشخص الاكتئاب ، ونفترض أن أعراض الخرف ثانوية للاكتئاب ، لأن فرصة الشفاء من الاكتئاب أفضل ، وإعطاء مضادات الاكتئاب أو العلاج الكهربائى قد يكشف عن التشخيص الحقيقى حيث تتحسن حالة المريض المعرفية إذا كان اكتئابيا .. والجدول رقم (١) يساعد فى التمييز بينهما .

	الخرف	الخرف الكاذب
البداية :	ـ القصور المعرفى والذكائى يسبق حدوث الاكتئاب	ـ اعراض الاكتئاب تسبق القصور المعرفى
الأعراض الظاهرة	ـ ينكر المريض القصور المعرفى ويحاول اخفائه باللف والدوران والتكرار وتغيير الموضوعات	ـ يشكو المريض من خلل الذاكرة وعجزه عن أداء المهام التى تتطلب ذكاءه .
المظهر والسلوك	ـ غالبا مهمل متبلد غير معبر الوجه وتفاعلاته انفجارية ، وتعبيره الانفعالى سطحى ومتقلب	ـ حزين الوجه متوتر، لا يبدو عليه السرور إطلاقا .
الاستجابة للأسئلة	ـ غالبا غاضب أو ساخر أو يحاول جاهدا الإجابة على السؤال ولكنه يخطئه .	ـ غالبا بطىء يجيب أنه لا يعرف
الانجاز الذكائى	ـ عادة يختل فى جملته .	ـ غالبا ينحصر فى خلل الذاكرة وغير ثابت وعدم اهتمام المريض هو السبب فى الخلل المعرفى
المقابلة تحت تأثير الصوديوم امو بار بيتا	ـ يزداد القصور المعرفى	ـ يتحسن الأداء الذكائى الذكائى والمعرفى .

انتشار الخرف :ـ

ينتشر الخرف بنسبة[1] تصل إلى (٥ ٪) من كبار السن بدرجة تجعلهم غير قادرين على رعاية أنفسهم ، و بنسبة تصل إلى (١٠ ٪) بدرجة خفيفة ، و يزداد معدل انتشار الخرف مع تزايد السن ، حيث يزداد فى سن الثمانين ومافوقها إلى خمسة أمثال معدله فى سن السبعين ومادونها .. ونظرا لتزايد معدل الأعمار فى السنوات الأخيرة وكثرة عدد المسنين فإن الخرف أصبح مشكلة صحية عامة .

أسباب الخرف :ـ

أكثر حالات الخرف لاتشير إلى سبب محدد ، وأكثر الأسباب شيوعا للخرف هو الخرف التنكسى من نوع الزهيمرو يصل إلى ٦٥ ٪ من الحالات يليه

---

(١) هذه النسب فى المجتمعات التى درست فيها معدلات الانتشار مثل أمريكا .

الاحتشاء المتعدد لأوعية الدماغ الدموية ، و يصل إلى (١٠٪) من الحالات .. وهناك خطورة حالية من تزايد لزمة نقص المناعة المكتسب (A I D S) التى تسبب الخرف .. ولحصر أغلب الأسباب التى تسبب الخرف نورد هذا التلخيص لها فيما يلى :ـ

١ ـ مريض يصيب خلايا الجهاز العصبى مثل : مرض الزهمير ومرض بيك (Pick's Dis) ومرض هنتجتون (Huntington's Dis) ومرض باركنسون والتصلب المتناثر (M. S.)

٢ ـ اضطرابات جهازية (Systemic) وتشمل :ـ

(١) اضطرابات الأ يض والغدد الصماء مثل مرض الغدة الدرقية وجار الدرقية ، ونقص السكر بالدم .

(٢) مرض التهاب الدماغ الكبدى (hepatic encephalapathy) الناشىء عن اختلال وظيفة الكبد .

(٣) مرض بالجهاز البولى مثل التهاب الدماغ الناشىء عن التسمم بالبولينا .

(٤) مرض بالجهاز الدورى مثل الاحتشاء المتعدد للأوعية الدموية بالدماغ ونقص الأكسجين المخى .

(٥) مرض بالجهاز التنفسى ينتج عنه نقص الأكسجين الواصل إلى المخ .

٣ ـ حالات نقص فيتامين ب (Cyanocabalamin) والنياسين (Niacin) أحد أعضاء فيتامين ب وحمض الفوليك .

٤ ـ عقاقير أو سموم .

٥ ـ أورام داخل الجمجمة وإصابات للدماغ .

٦ ـ عدوى مرضية للجهاز العصبى مثل الزهرى والدرن والتهاب الأغشية السحائية (ميكروبى أو فطرى) ومرض نقص المناعة المكتسب (AIDS) .

٧ ـ اضطرابات أخرى مثل : مرض ولسون واستسقاء الدماغ .

علاج الخرف :ــ

و يكون طبقا للسبب ، فإذا كان السبب قابلا للعلاج أمكن الشفاء بدرجة كبيرة مثل حالات نقص افراز الغدة الدرقية أو نقص حمض الفوليك أو الزهرى أو التجمع الدموى تحت الأم الجافية أو استقصاء الدماغ الطبيعى الضغط .. ولكن هناك أسبابا يجد العلم حاليا فى الوصول إلى علاج لها خاصة مرض الزهمير ومرض نقص المناعة المكتسب (AIDS) .

ومع علاج السبب تراعى تغذية المريض وعلاج المشكلات الطبية المصاحبة مثل التهابات الجهاز البولى ، ومراعاة الأنشطة الترفيهية ، ودور العلاج النفسى الاجتماعى فى إعطاء المساندة والتوجيه للمريض وأسرته ، و ينصح بعدم تعريض مرضى الخرف للمواقف الجديدة المعقدة لأنها تربكهم ، و يفضل الجو الأسرى المألوف الذى يتحسنون فيه ، مع محاولة شغلهم طيلة الوقت .

وتعالج الأعراض المصاحبة للخرف مثل القلق والاكتئاب والأعراض الذهانية بالمضاد المناسب ، على أن تكون بجرعات قليلة و بحذر، لأن هؤلاء المرضى لديهم قابلية لحدوث الهذيان من العقاقير النفسية .

وهناك محاولات علاجية لمرض الزهمير بعقاقير تزيد من نشاطِ الأستيل كولين (Acetyl Choline) أو تزيد من تخليقه أو تقلل من تكسيره ، مثل خلط الكولين مع العوامل المحفزة للنشاط قبل المشبكى (Presynaptic) للخلايا العصبية مثل البيراسيتام (Piracetam) الذى يفيد بعض المرضى .

٣ــ لزمة النساوة العضوية

(Organic Amnestic Synd.)

و يتميز هذا الاضطراب بخلل الذاكرة القصيرة والبعيدة التى تعزى إلى عامل عضوى محدد .. فيصبح الشخص عاجزا عن تعلم شيئا جديدا (لفقد الذاكرة للأحداث القريبة) ، وهذا هو سبب النساوة المتقدمة (anterograde amnesia) ، وعدم القدرة على استدعاء أشياء كان يعرفها فى الماضى (لفقد الذاكرة طويلة الأمد) ، وهذا يفسر النساوة الراجعة (retrograde amnesia) .. لايتم تشخيص النساوة إذا وجد خلل الذاكرة فى إطار نقص قدرة المحافظة على الانتباه وتحويل

الانتباه من مثير لآخر (كما فى الهذيان) ، أو إذا وجد مرتبطا بخلل فى التفكير التجريدى وضعف الحكم على الأمور أو اضطراب الوظائف القشرية العليا أو تغير الشخصية (كما فى الخرف) .

و يصاحب اضطراب النساوة عدم الاهتداء الناتج من النساوة الشديدة والاختلاق لملء فراغات الذاكرة ، وذلك بتخيل أحداث لم تقع أصلا ، وذلك مع عدم استبصار بفقد الذاكرة وانكاره حتى مع وجود براهين عليه ، و بعضهم يقبل المشكلة و يظهر عدم الاهتمام وكثيرا مايصاحبها التبلد ونقص المبادرة والبرود الانفعالى .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :ــ

تعتمد بداية النساوة على السبب ولكنها فى أغلب الحالات تكون مفاجئة ، وكذلك المسار والمآل يتبع السبب أيضا ، وقد يكون الاضطراب عابرا أو مستمرا ، ومآله قد يكون الشفاء الكامل أو الجزئى لوظيفة الذاكرة ، و بصفة عامة فإن المسار يكون مزمنا ، وتكون النساوة عابرة مع شفاء تام فى حالات صرع الفص الصدغى وقصور الدم المخى والعلاج بالصدمات المحدثة للتشنجات وتعاطى عقاقير من مجموعة البنزود يازبين أو البار بتيورات وتوقف عضلة القلب .. أما النساوة الثابتة بدرجة ما من الشدة قد تتبع إصابة الرأس والتسمم بغاز أول أكسيد الكربون والنزف تحت الأم الجافية والاحتشاء المخى والالتهاب الناشىء عن فيروس الهربس (Herpes Simplex) .

و ينشأ عن النساوة اختلال فى وظيفة الشخص الاجتماعية والوظيفية ، وقد تسبب مخاطر مثل نسيانه نارا مشتعلة قد تسبب حريقا .

التشخيص :ــ

يشخص اضطراب النساوة العضوى بوجود خلل الذاكرة القريبة والبعيدة ، وليس خلال مسار هذيان ولاتتفق مواصفاته مع الخرف ، و يعود إلى سبب عضوى .

التشخيص الفارق :ـــ

١ ـــ الهذيان والخرف : حيث فى كلاهما يكون النسيان أيضا بسبب نقص الانتباه كما فى الهذيان ، أو الخلل المعرفى كما فى الخرف .

٢ ـــ استحداث (Factitious) أعراض نفسية : ولكن فحص الذاكرة يكشف عن تناقض فى النتائج ، كما لا يوجد سبب عضوى .

انتشار لزمة النساوة العضوية :

لا توجد دراسات تكشف عن معدل انتشار النساوة العضوية ، ومن ثم انتشار العوامل المختلفة المسببة للنساوة غير محدد ، إلا أنه لوحظ أن أكثر هؤلاء الأشخاص من مدمنى الكحوليات المزمنين ، كما لوحظ أن اضطراب النساوة غير شائع الانتشار.

أسباب النساوة العضوية :ـــ

تحدث النساوة العضوية نتيجة لعدد من العوامل العضوية التى تسبب تلفا على الجانبين لمكونات الدماغ البينى (diencephalic) والتراكيب الصدغية مثل الجسم الحلمى واللوزة والحصين hippocampus ، وأكثر الأسباب شيوعا هو نقص الثيامين المرتبط بالادمان المزمن للكحول ، وهناك أسباب أخرى منها إصابة الرأس ونقص الأكسجين المخى والأورام واحتشاء فى بعض فروع الشريان المخى الخلفى والأمراض التنكسية (مثل مرض الزهيمر) ، والتدخل الجراحى ، والالتهاب الميكروبى الفيروسى للدماغ ، والعلاج الكهربائى المحدث للتشنجات والصرع .

علاج اضطراب النساوة العضوى :ـــ

ينبغى أن يتجه العلاج للعامل المسبب للنساوة ، فالورم يتم استئصاله ونقص الثيامين يعوض بإعطائه مع فيتامين ب المركب وحمض الفوليك .. أما فى الحالات التى استقرت فيها النساوة فإن الاهتمام يتجه للوسائل المسانده للمريض مثل ترتيب الجو المحيط بالمريض وعلاج القلق المصاحب ، أما العقاقير المنشطة للذاكرة فليست ذات فاعلية تذكر حاليا .

٤ ـ لزمة الهلاس العضوى

(Organic Hallucinosis Synd.)

تتميز لزمة الهلاس العضوى بوجود هلاوس بارزة ثابتة أو متكررة فى حالة يقظة تامة وتعزى إلى سبب عضوى .. ولا تشخص إذا كانت الهلاوس فى إطار من نقص قدرة المحافظة على الانتباه أو نقص نقل الانتباه بين المثيرات الخارجية كما فى الهذيان .

وقد تحدث الهلاوس فى أى شكل أو أكثر من طرق الادراك (لمسية أو سمعية أو بصرية أو شمية أو تذوقية) ، ولكن هناك عوامل عضوية معينة تميل لإحداث هلاوس من نوع خاص مثل : الهلاوس اللمسية (زحف البق على الجلد) فى حالة مدمنى الكوكايين ، والهلاوس السمعية لدى مدمنى الكحول (الهلاس الكحولى [٢]) والهلاوس البصرية [٣] فى حالة تعاطى عقاقير منشطة نفسيا (مثل عقار ال . اس . دى المحدث للهلاوس) ، والهلاوس الشمية التى تحدث فى صرع الفص الصدغى .. كما يكثر حدوث الهلاوس السمعية لدى المصابين بالصمم الناتج عن مرض (مكتسب) ، وكذلك الهلاوس البصرية لدى مكفوفى البصر عقب استئصال المياه البيضاء (الكاتراكتا) ، وتتفاوت الهلاوس من بسيطة جدا وغير متكونة إلى معقدة ومنظمة ، وقد يتفاعل الشخص مع الهلاوس التى يعتقد أنها حقيقية .

وهناك أعراض مصاحبة طبقا للسبب والبيئة والفروق الفردية فى الاستجابة ، فقد يصاحبه علامات سرور مرضى أو قلق أو اكتئاب .

---

(٢) الهلاس الكحولى تكون الهلاوس مهددة انتقادية وأصوات عدائية تتحدث عن المريض كشخص ثالث (بضمير الغائب) ، وقد يتطلب الصوت من المريض إيذاء نفسه أو غيره ، ولذا فإن هذا المريض خطر .

(٣) الهلاوس البصرية غالبا تأخذ أشكال آدمية صغيرة مثل الأقزام أو حيوانات صغيرة الحجم .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :ـــ

البـداية عادة حادة ، والمسار يعتمد على السبب ، فعندما يكون السبب ابتلاع عقار محدث للهلاوس فإنها (أى الهلاوس) تظل عدة ساعات ، أما حالات كف البصر (بسبب الكاتراكتا) والصمم فإن عدم علاجها يسبب هلاوس مزمنة .. ودرجة الإعاقة تعتمد على العامل المسبب وتفاعل الشخص مع الهلاوس وقد يتعرض لحوادث عندما يحاول الهرب من هلاوس مخيفة .

التشخيص :ـــ

يشخص اضطراب الهلاس العضوى عندما توجد هلاوس ثابتة أو متكررة ، و يوجد برهان من التاريخ المرضى أو الفحص أو الاستقصاءات المعملية على وجود عامل عضوى مسبب لها وعلى أن لا تكون ضمن اضطراب الهذيان .

التشخيص الفارق :ـــ

١ ـــ **الهذيان :** الهلاوس المصاحبة له مرتبطة بنقص قدرة المحافظة على الانتباه أو الانتقال من مثير لآخر .

٢ ـــ **الخرف :** إذا وجدت الهلاوس فيه تكون مرتبطة بخلل الذاكرة .

٣ ـــ **الضلالية العضوية :** الهلاوس تكون غير بارزة إذا وجدت وعندما تكون بارزة مع الضلالات يشخص كلاهما .

٤ ـــ **الفصام واضطراب الوجدان :** قد تشمل هلاوس ولكن لا يوجد سبب عضوى .

٥ ـــ **هلاوس الدخول فى النوم والاستيقاظ منه** (**Hypnagogic and Hypnopomic**) وتحدث دون اضطراب عقلى .

الانتشار:ـــ

نسبة الانتشار غير معروفة ولكن اضطراب الهلاس العضوى يرتبط أكثر بادمان الكحول المزمن وتعاطى العقاقير المحدثة للهلاوس .

الأسباب :ـــ

وأهمها الادمان وسؤ التعاطى للكحوليات والعقاقير المحدثة للهلاوس بالإضافة لأورام الدماغ خاصة أورام المنطقة القفوية والصدغية ، والحرمان الحسى كما فى العمى والصمم ، أو بؤر صدغية فى المخ .

العلاج :ـــ

يعتمد على السبب ، فإذا كان السبب مؤقتا فإن المريض القلق سوف يستجيب للطمأنة ، وإذا كان خائفا ولديه ضلالات ينوم فى المستشفى ، وتعطى مضادات الذهان ومضادات القلق .

٥ ـــ لزمة الضلالية العضوية

(Organic Delusional Synd)

و يتميز هذا الاضطراب بضلالات بارزة ترجع إلى سبب عضوى وليست فى إطار نقص المحافظة على الانتباه أو على صعوبة الانتقال من مثير إلى آخر (كما فى الهذيان) .

وتتفاوت طبيعة الضلالات اعتماداً على السبب وضلالات الاضطهاد أكثر شيوعا ، وتحدث فى حالات تعاطى الأمفيتامين الذى قد يسبب ضلالات اضطهادية منتظمة جدا لايمكن تمييزها عن المرحلة النشطة للفصام . و بعض المصابين بتلف مخى تحدث لهم ضلالات أن جزءا من أجسادهم أو أحد أطرافهم ليست موجودة .

وقد توجد هلاوس فى متلازمة الضلالية العضوية ولكنها عادة غير بارزة ، وعندما تكون بارزة مع ضلالات بارزة تشخص كلا المتلازمتان الضلالية العضوية والهلاس العضوى .

و يصاحبها خلل معرفى بسيط أو أى أعراض أخرى ، وقد يبدو الشخص مرتبكا أو يرتدى أشياء غريبة وقد يكون الكلام غير متسق ، وقد تحدث شذوذات حركية أو وظوبية ، أو أفكار سحرية .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :ـــ

البداية والمسار يعتمدان على السبب ، فالضلالات الناتجة عن تعاطى الأمفيتامين تتحسن تلقائيا بعد التوقف عن التعاطى خلال أيام قليلة ، وإن كانت تعود ثانية عند تعاطى جرعات قليلة ، وقد تظل ضلالات مرض الصرع لعدة سنوات .. و يسبب الاضطراب إعاقة اجتماعية و وظيفية شديدة ، وقد يؤذى نفسه فى تفاعله مع الضلالات ، والمآل يعتمد على السبب من حيث قابليته للعلاج من عدمه .

التشخيص الفارق :ـــ

١ ـــ الفصام البارانوى : حيث أن الضلالات قد تكون منتظمة كما فى حالة تعاطى الأمفيتامين ولكن الهلاوس المصاحبة فى حالة الضلالية العضوية هلاوس بصرية غالبا ، والتعبير الوجدانى أكثر اتساقا والتفكير أقل اضطرابا .

٢ ـــ الاضطراب الضلالى غير العضوى : لا يوجد سبب عضوى كما أن ظهور ضلالات جديدة لشخص فوق سن الخامسة والثلاثين دون تاريخ سابق لاضطراب ضلال أو فصام يجب أن يلفت الانتباه إلى احتمالية السبب العضوى (الضلالية العضوية) .

٣ ـــ الهلاس العضوى : وفيها تكون الهلاوس بارزة وإذا وجدت ضلالات تكون مرتبطة بمحتوى الهلاوس .

٤ ـــ اضطراب الوجدان العضوى : تشبه اضطراب الوجدان وإذا وجدت ضلالات تكون مرتبطة باضطراب الوجدان .

أسباب الضلالية العضوية :ـــ

(١) العقاقير خاصة الأمفيتامين أكثر الأسباب انتشارا وكذلك القنب ومحدثات الهلاوس والكوكايين .

(٢) الآفات التى تصيب الفص الصدغى وآفات النصيف الأيمن لكرة المخ والفص الجدارى الأيمن .

(٣) بعض المصابين بصرع الفص الصدغى لديهم ضلالات بين النوبات فتشبه إلى حد كبير الفصام .

(٤) بعض حالات كوريا هنتنجتون .

علاج اضطراب الضلالية العضوية :ــ

يعتمد على علاج السبب الذى يجب اكتشافه وعلاجه ، وإذا لم يمكن ذلك فإن العلاج يشبه علاج الفصام من حيث إعطاء مضادات الذهان والمساندة بواسطة البيئة والتنويم بمستشفى إذا لزم الأمر والعلاج النفسى .

٦ ــ لزمة اضطراب الوجدان العضوية

(Organic Mood Syndrome)

و يتميز باضطراب الوجدان الثابت من الاكتئاب أو السرور المرضى ، والتى تشبه إما نوبة الاكتئاب أو الهوس ولكنها ترجع إلى سبب عضوى محدد .

ولا يشخص الاضطراب إذا حدث ضمن اضطراب الانتباه (محافظة الانتباه لمثير أو صعوبة الانتقال من مثير لآخر كما فى الهذيان) .

وظواهر هذا الاضطراب الاكلينيكية تشبه الهوس أو الاكتئاب ، وتتراوح شدته من البسيط إلى الشديد ، وإذا وجدت ضلالات أو هلاوس فإنها تشبه تلك الموصوفة فى اضطرابات الوجدان .

و يصاحبه أعراض اكتئاب وقلق وسرعة استثارة وحزن وانطواء وشكاوى جسمانية ، ونوبات هلع وشك و بكاء أو ضلالات اضطهاد وعدم القيمة .. وفى حالة الهوس يوجد تقلب الوجدان وسرعة الاستثارة ، كما أن الضلالات والهلاوس أكثر شيوعا فى حالات الهوس من حالات الاكتئاب .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :ــ

تتفاوت البداية من حادة إلى متخفية ويختلف المسار طبقا للسبب وإزالة السبب لا تستلزم بالضرورة زوال الاضطراب بصورة كاملة ، فقد يظل بعدها

لأسابيع أو شهور بعد إزالة السبب بنجاح تام ، ولوحظ أن (١٠ ٪) من مرضى الاكتئاب العضوى فى حالات مرض كوشنج (Cushing) يحاولون الانتحار .

التشخيص الفارق :ـــ

١ ـــ اضطرابات الوجدان : لا يوجد سبب عضوى مع تاريخ لنوبات سابقة وتاريخ أسرى للاضطراب الوجدانى .

أسباب اضطراب الوجدان العضوى :ـــ

١ ـــ عقاقير خاصة مخفضات ضغط الدم المرتفع التى تعد أهم الأسباب فى إحداث اضطراب الوجدان العضوى ، بنسبة تصل إلى (١٠ ٪) ممن يتعاطون هذه العقاقير التى تسبب نقص السيرتونين (Seretonin depletion) .

٢ ـــ أمراض عضوية تسبب تغيرات وجدانية خاصة أمراض الغدد الصماء مثل كوشنج .

٣ ـــ أمراض تصيب المخ مثل أورام الدماغ أو التهاب الدماغ أو الصرع .

٤ ـــ حالات التلف المصاحبة للسكتة الدماغية (Stroke) .

٥ ـــ بعض الأمراض المعدية مثل الانفلونزا والالتهاب الكبدى الوبائى .

٦ ـــ سرطان البنكرياس : وربما يكون ذلك بسبب الببتيدات العصبية فى القناة الهضمية التى تشبه تلك الموجودة بالدماغ .

٧ ـــ أمراض أخرى أهمها : الأنيميا الخبيثة ومرض الذئبة الحمراء الجهازى (Systemic Lupus erythematosus) ، ومرض باركنسون وزهرى الجهاز العصبى .

علاج اضطراب الوجدان العضوى :ـــ

العلاج يعتمد على علاج السبب ، والعلاج الدوائى يشبه حالات الاكتئاب والهوس ، بالإضافة إلى العلاج النفسى الذى يعد مساعدا لطرق العلاج الأخرى .

٧ ـ لزمة القلق العضوى
(Organic Anxiety Synd.)

يتميز بنوبات بارزة ومتكررة من الهلع أو القلق العام الناتج عن سبب عضوى ، ولا يشخص فى حالة خلل الانتباه (كما فى الهذيان) .

وصورته الاكلينيكة تشبه اضطراب الهلع أو القلق العام ، وتتفاوت شدة الأعراض من الخفيفة إلى الشديدة حسب سرعة البداية وشدة العملية الباثوفسيولوجية والموقف النفسي الاجتماعي . . وعلى الأخصائى أن يشك فى قلق عضوى عندما توجد نوبات مزمنة من القلق مرتبطة بمرض عضوى معروف أنه يسبب قلق ، فمثلا نوبات ارتفاع ضغط الدم تشير إلى وجود ورم القواتم (Pheochromocytoma) ، و يكشف عنها بوجود زيادة من الكاتيكولامينات فى البول ، كما أن تعاطى جرعات قليلة من العقاقير محاكية الودى (Sympathomimtics) لفترات طويلة قد يسبب قلقا مزمنا . الفحص الطبى العام قد يكشف عن مرض البول السكرى أو ورم بالغدة الكظرية أو مرض بالغدة الدرقية أو حالة عصبية تصاحب أو تظهر بصورة قلق بعض المرضى تأتيهم نوبات من القلق الشديد أو الخوف الشديد كعرض وحيد لنوع من النوبات المشابهة للصرع (Complex Partial Seizures) و يصاحب أعراض القلق خلل معرفى بسيط بسبب خلل الانتباه الناتج عن القلق .

المسار والتنبؤ بالمآل :ـ

عندما تكون البداية مفاجئة تدفع المريض للبحث عن علاج عكس البداية المتخفية ، وإزالة السبب يتبعها نقص القلق فى معظم الحالات (مثل التوقف عن تعاطى العقاقير محاكية الودى) ، فى بعض الحالات إزالة سبب القلق لا يحقق الشفاء (مثل القلق التابع لالتهاب الدماغ) ، وفى هذه الحالات تعالج أعراض القلق دوائيا مع تدعيم اجتماعى و بيئى . وأقل حالات القلق العضوى حظا من الشفاء تلك المرتبطة بأعراض الوسواس القهرى ، فحتى بعد إزالة سبب قلق يظل السلوك الوسواسى القهرى ثابتا فى الشخصية ، فى هذه الحالات يلزم تدخل علاج

نفسي يهدف إلى تعديل السلوك .. و يزداد المآل سوءا فى حالات القلق العضوى عندما يلجأ المريض لعلاج نفسه بواسطة المهدئات أو الكحول فيصل إلى الإدمان .

وهناك مضاعفات تعتمد على السبب فمثلا تكرار نقص السكر فى الدم يؤثر على المخ وتنتج متلازمة القلق العضو ية وقد يتبع ذلك حدوث خرف .

التشخيص الفارق :

القلق كعرض يرتبط بالعديد من الأمراض النفسية ، ولكى نشخص القلق العضوى يجب أن يكون القلق مسيطرا فى وجود عامل عضوى مسبب لهذا القلق .
ولذا يلزم تمييزه من الآتى :ـ

١ ـ **اضطرابات القلق :** حيث لايوجد معها سبب عضوى .

٢ ـ **اضطراب الوجدان العضوى :** إذا كان بصوره بارزة مع القلق العضوى يشخصان معا .

٣ ـ **الهذيان والخرف :** يختلفان فى أن الخلل المعرفى ظاهر وشديد .

أسباب القلق العضوى :ـ

١ ـ اضطرابات عصبية ناتجة من ورم بالمخ أو إصابة أدت إلى ارتجاج بالمخ أو تجمع دموى تحت الأم الجافية أو مرض بأوعية المخ أو التهاب الدماغ أو التصلب المتناثر (M.S.) أو مرض ولسون أو رقص هنتنجتون أو الصرع والشقيقة (Migraine) .

٢ ـ حالات جهازية من نقص الأكسجين الناتج من مرض بالجهاز الدورى أو اختلال إيقاع القلب أو نقص الكفاءة الرئو ية أو الأنيميا (فقر الدم) .

٣ ـ اضطرابات الغدد الصماء (النخامية أو الدرقية أو جار الدرقية أو الكظرية أوورم القواتم (Pheochromo Cytoma) .

٤ ـ حالات نقص فيتامين (ب ١٢) وحالات البلاجرا .

٥ ـ حالات التسمم : بالكحول أو أعراض سحب الكحول أو بالأمفيتامين أو بالعقاقير محاكية الودى أو بالمواد الرافعة لضغط الدم أو بالكافيين أو أعراض سحب الكافيين ، والتسمم بالبولينا .

٦ ـ حالات أخرى : أهمها تدلى الصمام التاجى (mitral valve prolapse) ونقص السكر بالدم والبرفيرية (Porphyria) .

علاج القلق العضوى :ـ

يلزم علاج السبب والأعراض البارزة مثل الرهاب والهلع أو القلق العام فيمكن علاجها بمضادات القلق ، أما أعراض الوسواس القهرى فتعالج بنجاح بمضادات الاكتئاب فى بعض الحالات .

٨ ـ لزمة اضطراب الشخصية العضوى
(Organic personality synd.)

يتميز هذا الاضطراب بتغير واضح فى نمط الشخصية أو سماتها عن السابق بسبب عضوى و يكثر فى هذا الاضطراب عدم الثبات الانفعالى والانفجارات المتكررة من الغضب أو العدوان أو اختلال الحكم على الأمور اجتماعيا ، كما يلاحظ التبلد وعدم التمايز أو الشك أو الأفكار الاضهادية ، وقد تحدث لزمة اضطراب الشخصية العضوى لطفل صغير لم يكتمل نمو شخصيته بعد ، و يشخص بواسطة التغيرات الهامة فى نمط سلوك الطفل المعتاد .

وتعتمد الصورة الاكلينيكية على طبيعة ومكان الآفة الباثولوجية ، فالأفعال غير المقبولة اجتماعيا مثل التصرفات الجنسية دون اهتمام بالعواقب أو التبلد الواضح وعدم التمايز وعدم المبالاة بما يحدث حوله هذان النمطان يرتبطان بتلف الفصوص الأمامية للمخ ولذا تسمى (لزمة اضطراب الفص الأمامى للمخ) .

وهناك نمط آخرى يُرَى فى المصابين بصرع الفص الصدغى حيث يلاحظ خشونة القول والفعل والتدين وأحيانا العدوان المفرط .. وقد يكون التغير الواضح

فى الشخصية هو الشك والاضطهاد .. وإذا كانت نوبات العدوان أو الغضب بارزة يشار إلى هذا النوع بالانفجارى (Explosive type) .

يلاحظ أن مرضى اضطراب الشخصية العضوى لديهم يقظة واضحة ، وأن الخلل المعرفى البسيط لا يشير إلى تدهور الذكاء ، ونقص الانتباه لديهم هو المسئول عن خلل الذاكرة للأحداث القريبة .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :ــ

البداية عادة مفاجئة حيث تتغير الشخصية فجأة أو خلال فترة قصيرة ، والمسار والتنبؤ بالمآل يعتمدان على السبب ، فإذا كان تلفا تركيبيا فى الدماغ فإن الاضطراب سيظل ثابتا ، وقد يحدث الاضطراب بعد فترة من الغيبوبة والهذيان فى حالات إصابة الرأس وقد يكون ثابتا .. وقد يتحول اضطراب الشخصية العضوى إلى خرف فى حالات أورام الدماغ والتصلب المتناثر ومرض هنتنجتون .

أما تغيرات الشخصية الناتجة من تسمم مزمن أو مرض طبى أو علاج عقارى (مثل الدوبا المستخدم فى علاج مرض الباركنسون) فقد تختفى بعد إزالة السبب .

بعض المرضى قد يتدهورون لدرجة يلزم معها الاشراف عليهم فيما يلزمهم من طعام وشراب وإخراج وحمايتهم من نتائج أفعالهم المخالفة للقانون .

التشخيص :ــ

يجب أن نفكر فى تشخيص اضطراب الشخصية العضوى فى حالات التغير الملحوظ فى السلوك أو الشخصية متضمنا التقلب الانفعالى وخلل التحكم فى النزعة ، وليس لديهم تاريخ لمرض نفسى وهذا التغير حدث فجأة أو خلال فترة قصيرة .

التشخيص الفارق :ــ

١ ــ الخرف : الذى يتضمن تدهوراً كليا فى الذكاء والقدرات المعرفية والسلوكية ، و يعد تغير الشخصية أحد جوانبه فقط ، فقد يكون تغير الشخصية هو علامة أولية لمتلازمة الخرف .

٢ ــ فى الفصام والاضطراب الضلالى واضطرابات الوجدان واضطرابات ضبط النزعة غير المصنف فى مكان آخر، قد يحدث تغير فى الشخصية إلا أنه لا يوجد سبب عضوى يعزى إليه هذا التغير.

أسباب اضطراب الشخصية العضوية :ــ

١ ــ تلف أجزاء معينة من الدماغ بسبب إصابة للرأس أو ورم خاصة فى الفصوص الأمامية، أو ضغط على هذه الأجزاء بسبب ورم الأغشية السحائية أو تجمع دموى تحت الأم الجافية.

٢ ــ صرع الفص الصدغى.

٣ ــ التصلب المتناثر ومرض هنتنجتون.

٤ ــ مرض باركنسون الحادث بعد التهاب الدماغ.

٥ ــ أمراض الغدد الصماء (الدرقية والكظرية).

٦ ــ التسمم المزمن بالزئبق والمنجنيز.

٧ ــ تعاطى عقاقير منشطة نفسيا مثل إل . اس . د ى.

علاج اضطراب الشخصية العضوى :ــ

يعالج السبب إذا كان قابلا للعلاج، وإعطاء عقاقير نفسية للأعراض الواضحة وقد يلزم رعايته اجتماعيا.

٩ ــ لزمة الانسمام

(Intoxication)

وأهم مايميزها السلوك غير المتوافق اجتماعيا ومتلازمة تعاطى مادة معينة تعزى إلى تعاطيها حديثا أو وجودها فى الجسم، والصورة الاكلينيكية لا تتطابق مع إحدى متلازمات اضطرب الدماغ العضوية مثل الهذيان أو الضلالية العضوية أو الهلاس العضوى، والتسمم قد يطرأ على أى من متلازمات اضطراب الدماغ العضوية باستثناء الهذيان.

و يعتبر الانسمام هو المجموعة المتبقية للصورة الاكلينيكية الناتجة من مادة خارجية لاتطابق أى من زملات اضطراب الدماغ العضوى .. لذا فإن تعاطى الأمفيتامين المسبب لتغيم الوعى والهلاوس الحسية يشخص على أنه هذيان الأمفيتامين (Amphetamine Delirium) أما الصورة الاكلينيكية الخفيفة غير المصحوبة بأعراض الهذيان فإنها تشخص تسمم أمفيتامين .

بالرغم من أن الصورة الاكلينيكية تعتمد على طبيعة المادة التى تم تعاطيها فإن أكثر التغيرات شيوعا اضطرابات الادراك واليقظة والانتباه والحكم على الأمور والتفكير والتحكم الانفعالى والسلوك الحركى . ويجب أن نلاحظ أن أكثر من مادة قد تسبب متلازمات متشابهة ، مثلا الأمفيتامين والكوكايين كلاهما قد يمثلان بتغيرات سلوكية مضطربة وسرعة ضربات القلب واتساع فتحة انسان العين وارتفاع ضغط الدم والعرق والارتجاف والغثيان والقىء .

ولاتشخص حالات التسمم مالم تحدث فشلا فى السلوك التكيفى مثل التأثير على الوظيفة العملية والاجتماعية وعدم تحمل المسئولية واضطراب الحكم على الأمور ومن ثم فإن التعاطى بهدف التنشيط الاجتماعى الذى يسبب تغيرا فسيولوجيا ونفسيا ولكن لايسبب اضطراب السلوك لايعتبر انسماما .

تعتمد بداية ومدة التسمم على : كمية المادة وطريقة التعاطى وتحمل الفرد (الإطاقة) لها وحجم الجسم والعمر النصفى للمادة (half — life) وعادة يظل التسمم ساعات قليلة ولكن قد يمتد الى أيام عديده .. والشخص الذى يتكرر انسمامه (Intoxication) لمدة شهر واحد يصبح مسرفا للمادة (substance abuse) أو معتمدا عليها (substance dependence)

و يسبب هذا الانسمام بأعراضه للشخص مشاكل اجتماعية ووظيفية وتتفاقم إذا كان الشخص عليه مسئوليات عظمى اجتماعية أو وظيفية .

المضاعفات : المواد المثبطة للجهاز العصبى قد ينتج عنها الغيبوبة أو الوفاة والمواد المنشطة قد ينتج عنها نوبات صرعية . بالإضافة إلى الحوادث التى قد تنتج مثل قيادته السيارة وهو ثمل .. و بالنسبة لبعض المواد فإن تأثيرها المبدئى قد يؤدى إلى أحد زملات اضطراب الدماغ العضوية ، فمثلا انسمام الأمفيتامين قد يؤدى إلى هذيان الأمفيتامين ، وانسمام الكحول المثيلى قد يؤدى إلى الخرف .

١٠ ـ لزمة الانسحاب لمادة (التوقف عن التعاطى)
(Withdrawal)

حيث تنشأ متلازمة اضطراب لمادة معينة عند التوقف عن تعاطيها أو تقليل الكمية عن ما عتاده الشخص للوصول إلى حالة الانسمام الفسيولوجية .. و يوضح ذلك التاريخ المرضي للشخص أو الاختبارات المعملية ، ولا تنطبق الصورة الاكلينيكية على أى من زملات اضطراب الدماغ العضو ية .. واضطراب التوقف عن التعاطى قد يصاحب أى من اضطراب الدماغ العضو ية باستثناء الهذيان .

و يعتبر اضطراب التوقف عن التعاطى هو المجموعة المتبقية للصورة الاكلينيكية الناشئة عن الامتناع أو التقليل لتعاطى مادة ما والتى لا تطابق لزمة معينة من اضطراب الدماغ العضوى .. لذا فإن اللزمة الاكلينيكية المكونة من تغيم الوعى والهلاوس الحسية الناشئة بعد التوقف عن تعاطى الكحول تشخص بأنها هذيان التوقف عن تعاطى الكحول ، أما الصورة الاكلينيكية الخفيفة منه والمرتبطة بالتوقف عن التعاطى للكحول فتسمى لزمة التوقف عن تعاطى الكحول (Alcohol withdrawal syndrome)

وتختلف الصورة الاكلينيكية للزمة طبقا للمادة التى كان يتعاطاها الفرد ، ولكن هناك أعراض شائعة منها القلق وعدم الاستقرار وسرعة الاستثارة والأ رق ، واضطراب الانتباه .. و يصاحب ذلك أعراض أخرى تتوقف على المادة التى كان يتعاطاها كاضطراب الوظائف الفسيولوجية فيحدث الغثيان والقيء بعد التوقف عن تعاطى الكحول (على سبيل المثال) .

واضطراب التوقف عن التعاطى محدود الفترة حيث لا يتجاوز أيام قلائل أو عدة أسابيع على الأكثر ، باستثناء الحالات التى تخلف أحد لزمات اضطراب الدماغ العضو ية مثل الهذيان .

الإعاقة متفاوتة من خفيفة كما فى سحب النيكوتين إلى شديدة كما فى سحب الكحول ومشتقات الأفيون .

المضاعفات : ليتجنب الشخص أعراض الانسحاب المؤلمة يستمر فى التعاطى . وقد يلجأ للسرقة أو النصب والغش للحصول على نقود لشراء المادة .

١١ ـ المتلازمة العقلية العضوية غير المصنفة فى مكان آخر

أحيانا توجد مجموعات من الأعراض التى لاتتفق مع مواصفات أى من المتلازمات السابقة و يوجد برهان على سبب عضوى لذلك ، مثل الانهاك العصبى (neurasthenic) المرتبط ببداية مرض أديسون (Addison) ، والاضطرابات غير العادية للوعى أو السلوك التى تحدث أثناء النوبات الصرعيه .

ثانيا : الاضطرابات العقلية العضوية

(Organic Mental Disorders)

وتقسم إلى ثلاث مجموعات :ـ

أ ـ اضطراب خرف الشيخوخة وماقبلها .

ب ـ الاضطرابات العقلية الناشئة عن مواد ذات مفعول نفسى .

جـ ـ الاضطرابات العقلية التى سببها مرض عضوى آخر على المحور الثالث .

أ ـ اضطراب خرف الشيخوخة وماقبلها

(Dementias Arising in the Senium and presenium)

و يعتبر الخرف الذى يصيب الإنسان بعد سن الخامسة والستين خرف الشيخوخة ، وماقبلها يسمى خرف ماقبل الشيخوخة ، ورغم أن مرض الزهيمر يعد مرضا مستقلا يشخص على المحور الثالث ، إلا أن الخرف الناشىء عنه (التنكس الأولى) يجب أن يصنف طبقا للسن (شيخوخة أو ماقبلها) ، بهدف الاستمرارية التاريخية لهذه التسميات وللمحافظة على المقارنة بالتصنيف التشخيصى الدولى التاسع (ICD9) ؛ ولقد لوحظ حاليا سمات اكلينيكية محددة لمرض الزهيمر الذى كان يعرف قبل ذلك بالتغيرات المستو باثولوجية فقط ، لذلك أورد الدليل الإحصائى التشخيصى الثالث المراجع (D S M III ـ R.)

مواصفات لزمة تشخيصية للخرف التنكسى الأولى من نوع الزهيمر، وفى حالة وجود صورة إكلينيكية محددة تختلف عن تلك المرتبطة بمرض الزهيمر أو أن مرضا آخر محدد (مثل كوريا هنتنجتون) موجود ضمن الصورة الاكلينيكية يستخدم تشخيص خرف الشيخوخة أو ما قبلها غير المصنف فى مكان آخر، و يشار للمرض المحدد على المحور الثالث .. كما لوحظ أن الخرف المرتبط بمرض الأوعية الدموية والذى كان يسمى قبل ذلك بالذهان المصاحب لتصلب شرايين المخ ، يرتبط باحتشاءات متكررة فى المخ ومتعددة من خلال فحص مخ الموتى ، لذا سميت هذه المجموعة بخرف الاحتشاءات المتعددة .

١ ـ الخرف التنكسى الأولى من نوع الزهيمر

(Primary Degenerative Dementia of The Alzheimer Type)

و يتميز هذا الاضطراب ببداية متخفية ومسار اشتدادى يصل إلى التدهور، مع صورة اكلينيكية لخرف متنوع يشمل مختلف القدرات (الذكاء والذاكرة والحكم على الأمور والتفكير التجريدى) مع تغيرات فى الشخصية والسلوك و باقى صورة الخرف التى سبق ذكرها ، على أن تستبعد كل الأسباب الأخرى التى تسبب خرفا من التاريخ المرضى والفحص الاكلينيكى والاختبارات المعملية .

انواعها :ـ

(أ) خرف تنكسى أولى من نوع الزهيمر ذو بداية فى الشيخوخة (بعد عمر ٦٥ سنة) :ـ

(١) مصاحب بهذيان .

(٢) مصاحب بضلالات .

(٣) مصاحب باكتئاب .

(٤) غير مصاحب بمضاعفات .

(ب) خرف تنكسى أولى من نوع الزهيمر ذو بداية قبل الشيخوخة (عند سن الخامسة والستين أو قبلها) :ــ

(١) مُصاحب بهذيان .

(٢) مصاحب بضلالات .

(٣) مصاحب باكتئاب .

(٤) غير مصاحب بمضاعفات .

البداية والمسار:ــ

يبدأ اضطراب الزهيمر فى أغلب الحالات فى الشيخوخة (بعد سن الخامسة والستين) وفى بعضها قبل الشيخوخة ، ونادرا قبل سن الخمسين ، بداية متخفية ومسار اشتدادى يصل بالمريض إلى التدهور ، ففى المراحل المبكرة يوجد خلل فى الذاكرة فى صورة نقص معرفى ظاهر ، وقد يوجد تغيرات فى الشخصية مثل التبلد ونقص التلقائية والانسحاب الاجتماعى ، و يظل المصاب بهذا الاضطراب منظما جدا وحسن المظهر ، متعاونا .

و يتصرف بطريقة مقبولة اجتماعيا ، باستثناء سرعة استثارة ينشأ عنها بعض الانفجارات الانفعالية أحيانا ، ولكن مع تقدم المرض إلى المرحلة المتوسطة فإن الاختلالات المعرفية تصبح واضحة تماما ، و يتأثر السلوك والشخصية بشكل واضح ، وفى المراحل الأخيرة قد يصبح الشخص أبكم وغير منتبه تماما ، و يصبح معوقا [٤] لا يستطيع العناية بنفسه ، وتنتهى بالوفاة خلال خمس سنوات من بدء الأعراض فى حالة الخرف البادىء فى الشيخوخة .

التغيرات الباثولوجية :ــ

فى أغلب الحالات يضمر الدماغ وتتسع الأخاديد فى قشرة المخ ، كما تتسع البطينات ، و يظهر هذا فى التصوير المقطعى للدماغ باستخدام الكومبيوتر أو

---

(٤) سبق ذكر الإعاقة والمضاعافات ضمن لزمة الخرف ص (١٧٨)

بالاشعة (X — Ray) بعد الحقن بالهواء ، وعادة يكشف الفحص المجهرى عن تغيرات هستو باثولوجية ثلاثة هى :—

(١) (Senile plaques) لويحات الانسجة الهرمة .

(٢) (neurofibrillary tangles) لييفات عصبية متشابكة .

(٣) تنكس الخلايا العصبية بفجوات محببة
(granulovacular degeneration of neurones)

التشخيص الفارق : يجب أن يميز مرض الزهيمر من :—

(١) الشيخوخة الطبيعية : لاتسبب تدهورا ذكائيا واجتماعيا بصورة بارزة كما يحدث فى مرض الزهيمر.

(٢) الأسباب القابلة للشفاء مثل نزف تحت الأم الجافية أو ورم بالمخ ، ونقص فيتامين ب ١٢ ، ونقص نشاط الغدة الدرقية ، يجب استبعادها بواسطة التاريخ المرضى والفحص والاختبارات العملية .

(٣) الخرف الناشىء عن احتشاءات متعددة الذى يتميز بتقدمه الاشتدادى المتدرج مع وجود علامات عصبية بؤرية مع أعراض مرض بالأوعية الدموية .

(٤) نوبات الاكتئاب العظمى لدى كبار السن قد تتشابه مع الخرف لدرجة أطلق عليها الخرف الكاذب (Pseudodementia) .

(٥) مرض بيك (Pick's Disease) : يصعب تمييزه من مرض الزهيمر على أسس اكلينيكية ، ولكن لوحظ أن بيك فيه علامات عصبية بؤرية أكثر وضوحا من الزهيمر، ولكن يظل التمييز الأكيد للفحص المجهرى لعينه من الدماغ بعد الوفاة .

الانتشار:—

ينتشر مرض الزهيمر فى نسبة (٢ — ٤ ٪) من جموع الناس الذين يتجاوزون الخامسة والستين من العمر، وتزداد هذه النسبة مع تقدم العمر خاصة بعد

الـخـامسة والسبعين و يكثر انتشاره بين الإناث ، كما يكثر بين أقارب المصاب (قرابة درجة أولى) عنه بين الناس بصفة عامة .

أسباب مرض الزهيمر :ـــ

مـازال الـسـبـب فى مـرض الـزهـيـمـرغيرمعروف ، ولكن افترض العامل الوراثى لـزيـادة انـتـشـاره بين الأقـارب ، ولـوحـظ حـدوثـه بين أغـلـب المرضى بلزمة داون (Down's Syndrome) الذين يظلون على قيد الحياة إلى العقد الثالث من العمر ، كـمـا اكـتـشـف حـديـثـا شذوذ فى الـجين الصبغى رقم (٢١) لدى الزهيمر ، وهونفس الـجين الشاذ فى لزمة داون .. التسمم بالألومنيوم حيث لوحظ وجود هذا العنصر بمعدلات مـرتـفـعـة فى أنـسـجـة الـدمـاغ للـمـرضى المـتـوفين بـسـبـب مـرض الزهيمر كـمـا لوحـظ نـقـص فى كـمـيـة الانـزيـم الـلازم لـتـخـلـيـق الأسـتـيـل كـولين (Choline acetyltransferase) .. كـمـا افترض أن السبب عدوى فيروسه ، أو أنه مرض فى المناعة الذاتية (Autoimmune Disease) .

علاج مرض الزهيمر :ـــ

لا يـوجـد عـلاج محـدد لمرض الـزهـيـمـر ولـكـن هـنـاك محاولات علاجية تستخدم عـقـاقير تـزيـد مـن الأسـتـيـل كـولين مـثـل تـتـراهـيـد روأمـيـنـوكـريـديـن (Tetrahydroaminoacridine) أو الـكـولين واللـشـيـثين (Choline, Lecithine) التى يـتـكـون منها الأستيل كولين ، ولوحظ أن خلطه مع العوامل التى تحفز النشاط قبل المشبكى للخلايا العصبية مثل (Piracetam) الذى يعرف تجاريا باسم نوترو بيل (Nootropil) بـالاضـافـة لـرعـايـة المـرضى الـتـى قـد تـصل إلى رعاية مستمرة فى الـحالات الشديدة التدهور ، وإعطاء عقاقير للأعراض النفسية إذا لزم الأمر ، كما يجـب تـوجيه الاهتمام لأسرته التى تعنى به والتى قد يصيبها الملل من رعايته لفترة طو يلة دون تحسن .

٢ ـ الخرف الناتج عن احتشاءات متعددة
(Multi — infarct Dementia)

وهو الخرف الذى يكون التدهور المعرفى فيه على شكل خطوات ، و يترك فى البداية بعض الوظائف المعرفية نسبيا (Patchy deterioration) كما توجد علامات عصبية بؤرية واضحة (مثل ضعف الأطراف وعدم تماثل المنعكسات العصبية العميقة وصعوبة الكلام وضيق الخطوات فى المشية ، وذلك طبقا لمناطق الدماغ التى يصيبها التلف .

و يوجد برهان على المرض الوعائى المخى يظهر من خلال الفحص الجسمانى كارتفاع ضغط الدم أو تضخم عضلة القلب أو شذوذات وعائية فى فحص قاع العين ، وهذا المرض الوعائى يجب أن يوضع على المحور الثالث .

و يصاحبها نوبات من الضحك والبكاء وصعوبة الكلام وصعوبة البلع ، وقد توجد فترات من تغيم الوعى أو الاغماء والصداع ، واضطراب النوم وتغيرات فى الشخصية .. و يلاحظ أن هذا الاضطراب يبدأ فى سن مبكرة عن مرض الزهيمر.

و يظهر الفحص الباثولوجى مناطق من التلين فى الدماغ مع تغيرات باثولوجية متفاوتة فى الأوعية الدموية .

التشخيص :ـ

يشخص الخرف الناتج عن احتشاءات متعددة بما يلى :ـ

(أ) مواصفات الخرف الاكلينيكية .

(ب) المسار الذى يشتد فى اتجاه التدهور والذى يصيب بعض الوظائف دون بعضها .

(جـ) الأعراض العصبية البؤورية .

(د) برهان على مرض وعائى من خلال التاريخ المرضى والفحص والاختبارات المعملية الذى يمكن اعتباره سبب الاضطراب .

أنواعه :ـــ

١ ـــ خرف ناتج عن احتشاء متعدد مصاحب بهذيان .

٢ ـــ خرف ناتج عن احتشاء متعدد مصاحب بضلالات .

٣ ـــ خرف ناتج عن احتشاء متعدد مصاحب باكتئاب .

التشخيص الفارق :

١ ـــ نوبات القصور الدموى المخى العابرة (Transient ischaemic attacks) وهى فترات قصيرة من فقد بعض الوظائف البؤرية العصبية التى تقل عن ٢٤ ساعة (عادة من ٥ ـــ ١٥ دقيقة) ، وهناك آلية قد تكون مسئولة عن هذه النوبات هى صِمَّات (emboli) صغيرة جدا تسبب هذا القصور الدموى العابر ، وتزول تلقائيا دون تغير باثولوجى فى أنسجة المخ .

٢ ـــ مرض الزهمير (الذى سبق وصفه) .

الانتشار :ـــ

يقل انتشاره كثيرا عن مرض الزهيمر و يكثر بين الذكور .

الأسباب :ـــ

المرض الوعائى الموجود هو المسئول عن الاحتشاءات فى الأوعية الدموية الصغيرة الحجم والمتوسطة .

علاج الخرف الناتج عن الاحتشاءات المتعددة :ـــ

علاج المرض الوعائى وضغط الدم المرتفع قد يمنع من تقدم المرض ، كما أن التوقف عن التدخين يحسن من الوظائف المعرفية .. بالإضافة إلى علاج الخرف بوجه عام مثل الاهتمام بصحة المريض الجسمانية وتوفير رعاية أسرية ، وعقاقير نفسية إذا لزمت ، مثل منوم فى حالات الأرق ، أو مضاد للاكتئاب فى حالة وجود كتئاب .

٣ــ خرف شيخوخة غير مصنف فى مكان آخر

(Senile Dementia Nototherwise Specified)

وهو خرف بعد سن الخامسة والستين لايمكن تصنيفه كخرف محدد مثل خرف تنكسى أولى من نوع الزهيمر أوخرف مرتبط بالكحولية ويحدد السبب إذا عرف على المحور الثالث .

٤ ــ خرف قبل الشيخوخة غير مصنف فى مكان آخر

(Presenile Dementia Not Otherwise Specified)

وهو خرف مرتبط بعامل عضوى قبل سن الخامسة والستين ولايمكن تصنيفه كخرف مثل الخرف التنكسى الاولى من نوع الزهيمر، ويحدد السبب إذا عرف على المحور الثالث مثل مرض بيك (Pick's Dis) .

ب ــ الاضطرابات العقلية الناتجة عن مواد ذات مفعول نفسى

(Psychoactive Substance Induced Organic Mental Disorders)

هذه المجموعة من الاضطرابات عبارة عن مجموعة من التلازمات العقلية المختلفة الناشئة عن تأثيرات مباشرة لمواد ذات مفعول نفسى متفاوت على الجهاز العصبى ، وقسمت هذه المواد إلى إحدى عشرة مجموعة هى :ــ

١ــ الكحول .
٢ــ الأمفيتامين ومايشبهه .
٣ــ الكافيين .
٤ ــ القنب .
٥ــ الكوكايين .
٦ــ محدثات الهلاوس .
٧ــ المستنشقات .
٨ــ النيكوتين .
٩ــ المواد التى تشبه الأفيون .
١٠ــ عقارب . س . ب (PC.P) ومايشبهه
١١ــ المهدئات والمنومات ومضادات القلق

وتوجد مجموعة متبقية للاضطرابات العقلية العضوية تتسبب بمواد ذات تأثير نفسى غير محددة ، .. و يشترط أن يكون تعاطى هذه المواد ليس كعلاج طبى لتغيير الوجدان أو السلوك .

يلاحظ أن الانكار مشكلة شائعة لدى المدمنين ، وأغلب المواد يمكن تحديدها فى البول خلال (٤٨ ساعة) من التعاطى ، بواسطة فحص البول معمليا باستخدام طريقتين **إحداهما** : ذات حساسية عالية لفصل المتعاطى (موجب) من غير المتعاطى (سالب) و يسمى اختبار الفصل (أو الغربلة) (Screening) (٥) إلا أنه قد يوجد موجب زائف من هذه الطريقة ، ولذا فإن الحالات الموجبه يتم التأكد منها بالطريقة **الثانية** : وهى أقل حساسية ولكنها أكثر تحديدا للمواد ، كما أنها أيضا أكثر تكلفة ومن أهمها (Gas chromatography) (high Performance liquid chroma tography) و .. وهذه الاختبارات تساعد على تحديد المادة المستعطاه ، لأن الأعراض قد تتشابه وقد يصعب تحديدها إكلينيكيا ، وهذا يساعد فى بدء العلاج المناسب ، كما أن معدل المادة فى الدم يساعد فى تحديد إلى أى حد أصبح الشخص يطيق المادة (Tolerance) وهذا يدل على مدة التعاطى .. وتفيد هذه الاختبارات أيضا فى التمييز بين الادمان والذهان .. ويمكن إجرائها قبل القياسات النفسية لتداخل هذه المواد فى نتائج القياس ، وعند الكشف عن وجودها تؤجل الاختبارات النفسية إلى مابعد زوال أثر المادة من الجسم (حوالى أسبوعين) .

الاضطرابات العقلية الناتجة عن تعاطى الكحول
(Alcohol — induced organic mental disorders)

١ ـ اضطراب الانسمام الكحولى
(Alcohol Intoxication)

و يتميز بالسلوك غير المتكيف نتيجة لتعاطى الكحول ، فى صورة العدوان واضطراب الحكم على الأمور وعدم الانضباط الاجتماعى والوظيفى ، بالاضافة إلى الملامح الفسيولوجية التى تكون مصاحبة مثل احمرار الوجه والمشية المترنحه ورأرأة العين ، مع الشرثرة غير الواضحة المقاطع ونقص الانتباه وسرعة الاستثارة والسرور أو الاكتئاب أو التقلب الانفعالى .

---

(٥) من أمثلة هذه الاختبارات (Thin layer Chromatography & immune assay tests)

والكحول أساسا مثبط لنشاط الجهاز العصبى ولكن تأثيره المبدئى غالبا منشط ، لذا فيبدأ الانسمام الكحولىبزيادة النشاط والاحساس بالقوة وزيادة الطاقة الذهنية و ينتهى بالاكتئاب والانسحاب والبلة وفقدان الوعى .. ومدة نوبة الانسمام الكحولى تعتمد على كمية ونوع الكحول ومعدل التعاطى وتناول الطعام من عدمه ، ويختلف تحمل الأفراد (إطاقتهم) وقابليتهم للانسمام الكحولى فبعض الأفراد يظهرون انسماما عندما يصل الكحول فى الدم إلى (٣٠ مجم ٪) بينما آخرون لا يظهرون انسماما حتى عند وصوله فى الدم إلى (١٥٠ مجم ٪) .. ولكن الأفراد يظهرون انسماما عندما يكون الكحول فى الدم بين (١٠٠ و ٢٠٠ مجم ٪) ... وتحدث الوفاه عندما يصل (من ٤٠٠ إلى ٧٠٠ مجم ٪) .

٢ ـ اضطراب الانسمام التحساسى الكحولى
(Alcohol Idiosyncratic Intoxication)

حيث يحدث تغير سلوكى بسبب تعاطى كمية من الكحول غير كافية لاحداث تسمم فى معظم الناس ، و يتبعها نسيان لفترة الانسمام .. و يعود الشخص إلى حالته الطبيعية عند هبوط مستوى الكحول فى الدم .. و يبدو أن هذا الاضطراب نادر الحدوث .

٣ ـ الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطى الكحول
(Alcohol Withdcawal)

ويميزه أعراض معينة مثل رعاش اليدين واللسان وجحوظ العينين والغثيان والقيء والضعف الجسمانى وزيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل (مثل زيادة ضربات القلب والعرق وارتفاع ضغط الدم) . والقلق أو الاكتئاب الوجدانى أو سرعة الاستثارة وهذه الاعراض تحدث بعد التوقف عن التعاطى أو تقليله بواسطة الشخص الذى ظل يتعاطاه لعدة أيام .

و يصاحب ذلك بنوم متقطع تتخلله أحلام مزعجة بالاضافة الى خداعات الادراك التى تحدث فى أثناء اليقظة ..

وتختفي هذه الاعراض فى غضون خمسة الى سبعة أيام مالم يحدث هذيان التوقف عن تعاطى الكحول .

٤ ــ هذيان التوقف عن تعاطى الكحول
(Alcohol Withdrawal Delirium)

حيث يحدث الهذيان بسبب التوقف عن تعاطى الكحول أو تقليل الكمية ، و يزيد نشاط الجهاز العصبى المستقل ، والضلالات والهلاوس البصرية .. وهذا الاضطراب يسمى أيضا الهذيان الارتعاشي (Delirium Tremens) ، حيث يصاحبه رعاش غليظ (Coarse Tremors) . غير منتظم .

وتحدث النوبة الأولى من هذا الاضطرابات بعد فترة تعاطى للكحول بكميات كبيرة تمتد من خمسة أعوام الى خمسة عشر عاما ، وعادة يكون فى شكل نوبات .. وتبدأ النوبة فى اليوم الثانى أو الثالث من التوقف عن التعاطى أو تقليل الكمية ، وأحيانا تبدأ قبل ذلك ونادرا ماتتأخر لمدة أسبوع .

٥ ــ هلاس الكحول (Alcohol Hallacinosis)

وسمته المميزة هى وجود هلاوس سمعية بعد التوقف عن تعاطى الكحول أو تقليل الكمية عن المعتاد تناولها بواسطة الشخص الذى أصبح معتمدا على الكحول ، وعادة تكون أصواتا و يندر أن تكون غير مكتملة التكوين ، وتحدث فى خلال ٤٨ ساعة من التوقف أو التقليل وأحيانا تتأخر عن ذلك .. و يكون محتوى الهلاوس مزعجا ، وربما تهدده هذه الأصوات مما قد يجعله يستدعى البوليس لحمايته ، وربما يؤذى نفسه أو غيره بسببها

كما يصاحب ذلك هلاوس بصرية بصورة عابرة (أى غير ثابته) وارتجاف الأطراف أو التشنج وأحيانا الهذيان .

غالبا هذا الاضطراب لايستمر أكثر من أسبوع ، ولكن قد يستمر الى عدة أسابيع فى نسبة ١٠٪ من الحالات ، ونادرا مايصبح مزمنا وقد يصاحبه ظهور افكار اضطهادية وضلالات ، الأمر الذى يجعل هذا الاضطراب يصعب تمييزه من الفصام

٦ ــ اضطراب النساوة الكحولى

(Alcohol Amnestic Disorder)

وسمته المميزة هى النسيان الذى يرجع الى نقص الفيتامين (٦) المصاحب لتعاطى الكحول لفترة طويلة من الزمن، و يسمى كورساكوف (Korsakoff's Disease) .

و يصاحب ذلك اضطرابات عصبية مثل التهاب الاعصاب الطرفية والرنح (Ataxia)

وأضطرب النساوة الكحولى غالبا يتبع نوبة حادة من التهاب الدماغ المسمى(٧) (Wernicke's encephalopathy) ، الذى تختفى أعراضه تدريجيا ، و يظل اضطراب الذاكرة فى صورة النسيان ، واذا تم علاج الالتهاب الدماغى المذكور بجرعات كبيرة من الثيامين فان نساوة الكحول قد لا تحدث .. وعند حدوثها بصورة مستقرة فان التحسن الذى قد يطرأ عليها يكون طفيفا و بعد وقت طويل من العلاج ، ويحتاج المريض الى رعاية بقية حياته .

٧ــ الخرف المصاحب للكحولية

(Dementia Associated Wih Alcoholism)

وهو الخرف المصاحب لتعاطى الكحول لفترة طويلة و بكميات كبيرة مع استبعاد كل أسباب الخرف الاخرى ، ولتفادى أن يكون هذا الخرف تأثيرا عابرا للتسمم الكحولى أو التوقف عن التعاطى، فإن هذا التشخيص لا يوضع الا اذا استمر ذلك لمدة لا تقل عن ثلاثة أسابيع من التوقف عن تعاطى الكحول .

---

(٦) فيتامين ب ١

(٧) مرض عصبى يتميز بتغيم الوعى والرنح ورأرأة العين وعلامات عصبية أخرى .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة من الباربتيورات أو المواد ذات المفعول المشابه (المهدئة أو المنومة)

١ ـ الانسمام بالباربتيورات أو مايشابهها

و يتميز بتعاطى المريض للباربيتورات أو مايشبهها من حيث التأثير المهدىء او المنوم ، و يؤدى الى تقلب الوجدان واطلاق العدوان والنزعات الجنسية أو سرعة الاستثارة والثرثرة واضطراب التحكم العصبى والمشيه المترنحة ، واضطراب الانتباه والذاكرة والتحكم على الامور ، مما يؤدى الى فشله فى تحمل مسئوليته الوظيفيةوالاجتماعية ، وليس سبب ذلك مرض عقلى أو جسمانى آخر .

٢ ـ الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطى البارتبيورات أومايشبهها

حيث يوجد تاريخ للتعاطى لفترة طويلة ، وعند التوقف او تقليل كمية التعاطى يحدث الغثيان والقيء وزيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل (مثل زيادة ضربات القلب والعرق وارتفاع ضغط الدم) والقلق أوالاكتئاب مع سرعة الاستثارة ورعشة اليدين واللسان وليس سبب ذلك مرض جسمانى أو عقلى آخر .

٣ ـ هذيان التوقف عن تعاطى الباربتيورات أو مايشبهها

ويحدث الهذيان خلال أسبوع من التوقف أو التقليل بعد أن كان التعاطى بكمية كبيرة ، و يزداد نشاط الجهاز العصبى المستقل .

٤ ـ اضطراب النساوة الناتج عن تعاطى الباربتيورات أوما يشبهها

حيث يتسبب عن التعاطى الطويل المدى اضطراب النساوة الذى سبق وصفه .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة عن المواد الأفيونية

(Opioid Organic Mental Disorders)

وهذه المجموعة تشمل مواد طبيعية مثل المورفين والهيرو ين ومواد مخلقة ذات مفعول يشبه المورفين مثل المبريدين والميثادون ، و يتم تعاطى هذه المواد عن طريق الفم أو عن طريق الحقن فى الوريد أو العضل أو تحت الجلد .

١ ـ الانسمام بالمواد الأفيونية

(Opioid Intoxication)

و يتميز بعلامات نفسية وعصبية وتأثيرات سلوكية غير تكيفية بسبب التعاطى الحديث للمواد الأفيونية .

والعلامات النفسية هى الشعور بالسرور أو الشعور بالضيق مع التبلد والبطء الحركى .. والعلامات العصبية هى التضيق الشديد فى حدقتى العينين (أو اتساعهما بسبب نقص الأ وكسجين المصاحب لزيادة الجرعة بصورة شديدة) ، والنعاس وعدم وضوح مقاطع الكلام واضطراب الانتباه والذاكرة .. والسلوكيات غير التكيفية تشمل اضطراب الحكم على الامور الذى يترتب عليه فشل الشخص فى علاقاته الاجتماعية وأداء عمله الوظيفى وفشله فى تحمله المسئوليات .

وقد يصاحب ذلك نقص حدة الرؤية البصرية والامساك وعدم الاحساس بالألم . عند تعاطى جرعة مورفين عن طريق الوريد فان قمة التأثير الذاتى للفرد تحدث خلال خمس دقائق و يظل تأثير الجرعة لفترة من أر بع الى ست ساعات .

وأخطر المضاعفات هو الانسمام بالمواد الأفيونية الذى يظهر فى صورة غيبوبة والهبوط الحاد فى ضغط الدم وتضيق حدقتى العينين وخمود التنفس ، مع أحتمال الوفاة بسبب توقف التنفس .. ويمكن ازالة هذه الاعراض بواسطة حقن جرعة مضادة مثل نلوكسون (naloxone) أو نلورفين (nalorphine) أو لفالورفان (levallorphan) ، خاصة اذا أعطيت قبل حدوث تلف الدماغ بسبب غياب الأكسجين .

٢ ـ الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطى المواد الأفيونية (Opioid Wilhdrawal)

ويميزها دمعان العينين وثر الأنف(٨) واتساع حدقتي العينين والعرق والاسهال والتثاؤب وسرعة ضربات القلب وارتفاع درجة الحرارة والأرق وارتفاع ضغط الدم الطفيف .. وهذه الاعراض والعلامات تظهر بعد التوقف عن تعاطى المواد الأفيونية بفترة أسبوع الى أسبوعين من التعاطى المستمر، أو باعطاء الجرعة ذات المفعول المضاد (مثل نلوكسون أو نلورفين) .

و يصاحب ذلك عدم الاستقرار وسرعة الاستثارة والاكتئاب والرعشة والضعف الجسمانى والغثيان والقيء وآلام المفاصل والعضلات .. وهذه الصورة الاكلينيكية تشبه الى حد كبير الصورة الاكلينيكية للانفلونزا .

وفى حالات المورفين أو الهيروين تكون الأعراض الأولية للتوقف عن التعاطى خلال ست الى ثمانى ساعات بعد الجرعة السابقة وتصل الأعراض الى أقصى درجة فى اليوم الثانى وتختفى بعد أسبوع الى عشرة أيام .. أما فى حالات الميبريدين فان الاعراض تبدأ سريعا بعد آخر جرعة وتصل الى درجتها القصوى خلال ثمانى الى أثنتى عشرة ساعة وتختفى خلال أربعة الى خمسة أيام .. ويختلف الميثادون فى أن اعراضه تبدأ بعد يوم الى ثلاثة أيام من آخر جرعة وتكون بصورة خفيفة وتنتهى بعد عشرة الى أربعة عشر يوما .

و يلاحظ أن المواد ذات المفعول قصير المدى تحدث أعراض توقف حادة وقصيرة المدى أيضا ، بينما المواد طويلة المفعول تحدث أعراضا فى مدى أطول وخفيفة الحدة .. هذا بخلاف الجرعات المضادة التى تحدث أعراضا شديدة حتى للمواد طويلة المفعول .. ونادرا ما تحدث الوفاة مالم يكن هناك مرض جسمانى شديد .

---

(٨) ثر الأنف : rhinorrhea

الاضطراب العقلى العضوى الناتج من الكوكايين

(Cocaine Organic Mental Disorder)

عادة يتم تعاطى الكوكايين عن طريق الشم بواسطة الأنف (للرقائق البلورية أوالمسحوق) ، وأحيانا يفضل متعاطوا الأفيون تعاطى الكوكايين عن طريق الحقن فى الوريد حيث يخلطونه مع الهيرو ين ، وأحيانا يدخن فى الغليون أو السجائر حيث يكون تأثيره شبيها بالحقن فى الوريد ... والتوقف عن تعاطيه لا يسبب اضطرابا عقليا .

١ ــ الانسمام بالكوكايين

(Cocaine Intoxication)

ويميزه الشعور بالانسجام والثقة وزيادة اليقظة والادراك للمثيرات ، وقد يسبب القلق أو الأحساس بالعظمة والثرثرة وزيادة كمية التفكير، بالاضافة الى أعراض جسمانية هى سرعة ضربات القلب واتساع حدقتى العينين وارتفاع ضغط الدم والعرق أو الارتجاف والغثيان والقىء الشهية للطعام والأ رق ، وتبدأ هذه الأعراض خلال ساعة واحدة من التعاطى وقد تحدث خلال دقائق قليلة .

و يصاحب ذلك أعراض تسبب اضطرابا لتكيف الشخص مثل اضطراب الحكم على الأمور مما يجعله مضطرب السلوك وغير قادر على أداء عمله الوظيفى مع الفشل فى علاقاته الاجتماعية .. وقد يوجد صداع والاحساس بضربات القلب ، أو أفكار اضطهادية ، وزيادة الاهتمام الجنسى ، وسماع أصوات تناديه ، وهلاوس حسية تشبه الحشرات التى تزحف على جسمه وتسمى « بق الكوكايين) ، وقد يلاحظ حركات تكرارية بالفم واللسان .

وتظهر أعراض الرغبة لمزيد من الكوكايين فى صورة القلق وارتجاف وسرعة الاستثارة والاجهاد بعد ساعة تقريبا من أعراض الانسمام السابقة .. وتختفى كل أعراض الكوكايين تلقائيا خلال أربعة وعشرين ساعة .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة من الامفيتامين أو المواد المشابهة المفعول

(Amphetamine or Similarly Acting Sympathomimetic Organic Mental Disorders)

وتشمل الأمفيتامين والدكستر وامفيتامين ومث أمفيتامين ومواد أخرى تشبه الأمفيتامين مثل المثيل فينيدات أو بعض المواد التى تستخدم مثبطات للشهية . وتؤخذ هذه المواد عن طريق الفم أو الحقن فى الوريد .

١ ـ الانسمام بالأمفيتامين أو المواد شبيهة المفعول

(Amphetamine or Similarly Acting Sympathmimctic intoxication)

و يشبه الى حد كبير ما يحدث فى حالات الانسمام بالكوكايين باستثناء أن الضلالات أو الهلاوس فى حالة الكوكايين دائما عابرة ، بينما فى حالة الامفيتامين قد تكون ثابته بعد التأثير المباشر للمادة ، وفى هذه الحالات يسمى اضطراب الضلالات الناتج عن الأمفيتامين أو مايشبهه من حيث المفعول .

٢ ـ الهذيان الناتج عن الأمفيتامين أو المواد شبيه المفعول

حيث يحدث الهذيان خلال أربعة وعشرين ساعة من تعاطى الأمفيتامين أو مايشبهه من حيث المفعول .. و يصاحبه هلاوس شمية وتقلب الوجدان والسلوك العدواني .

عادة يحدث الهذيان خلال ساعة من تعاطى المادة و ينتهى بعد ست ساعات .

٣ ـــ اضطراب الضلالات الناتج عن الامفيتامين أو المواد مماثلة المفعول

حيث توجد ضلالات اضطهادية بعد التعاطى المزمن للأمفيتامين أو المواد المماثلة من حيث المفعول ، بالاضافة الى أفكار عدائية وقلق ، وهلاوس حسية فى صورة بق أو ديدان تحت الجلد و يؤدى ذلك إلى حك الجلد لدرجة احداث تسلخات .

٤ ـــ زملة اضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطى الأمفيتامين أو المواد مماثلة المفعول

وفيه يحدث الاكتئاب والاجهاد واضطراب النوم وزيادة الأحلام لزيادة النوم ذو حركة العين السريعة ، وذلك بعد التوقف آو تقليل التعاطى للأمفيتامين آو مايشبه .. و يصاحب ذلك أفكار انتحارية .

ويحدث الاضطراب خلال ثلاثة أيام من التوقف أو تقليل التعاطى ، وتصل الاعراض درجتها القصوى بعد يومين الى أربعة أيام .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة من المواد المحدثة للهلاوس

(Hallacinogen Organic Mental Disorders)

وهى اما أن تكون مشابهه التركيب لمادة (٥ـــ هيدروكسى تريبتامين) مثل: (ال.اس.د) (L.S.D.) والدى مثيل تريبتامين (D.M.T.) أو تكون مشابهة للكاتيكول أمين مثل المسكالين ، وتؤخذ هذه المواد عن طريق الفم .

١ ـــ هلاس المواد المحدثة للهلاوس

(Hallucinogen Hallucinosis)

ويميزه تغيرات ادراكية وأعراض جسمانية وتأثيرات سلوكية مضطربة ، و يرجع ذلك الى تناول مادة محدثة للهلاوس .

والتغيرات الادراكية تشمل الاحساس الذاتى بحدة الادراك أو اختلال الانية أو اختلال البيئة المحيطة أو خطأ التأويل أو الهلاوس ، ويحدث هذا فى حالة من اليقظة وزيادة الانتباه للتفاصيل ، والخداعات قد تشمل تشوه صورة الجسم لدى الشخص ، وعادة تكون الهلاوس بصرية .

والأعراض الجسمانية تشمل اتساع حدقتي العينين وسرعة ضربات القلب والعرق والاحساس بضربات القلب واهتزاز الرؤية والرعشة والرنح .

أما السلوك المضطرب فيكون فى صورة قلق أو اكتئاب وأفكار اضطهادية واضطراب الحكم على الامور مما يسبب اختلال أداء الشخص الاجتماعى والوظيفى . وأحيانا يصاحب ذلك اقتناع أن الشخص قد فقد عقله .

يحدث الاضطراب خلال ساعة من ابتلاع مادة الـ (L.S.D) التى غالبا ماتستعمل ، و يظل لمدة ست ساعات ، ونادرا مايؤذى الشخص نفسه أو غيره خلالها .

٢ ــ الاضطراب الضلالى الناتج من محدثات الهلاوس
(Hallucingen Delusional Disorder)

وهو اضطراب عقلى عضوى ضلالى يظل بعد فترة التأثير المباشرة للمادة المهلوسة أى بعد أربعة وعشرين ساعة من التعاطى ، حيث توجد كل التغيرات الادراكية فى الاضطراب السابق بالاضافة الى ضلال بأن التغيرات الادراكية والافكار المصاحبة لها حقيقة وواقعية .

وقد يكون هذا الاضطراب عابرا ، أو يظل لفترة طويلة حيث يصعب تمييزه من النوبات الذهانية الحادة مثل الاضطراب الفصامى الشكل أو الاضطراب البارانوى الحاد .

٣ ــ اضطراب الوجدان الناتج من المواد المحدثة للهلاوس
(Hallucingen Affective Disorder)

وهو اضطراب الوجدان العضوى الذى يستمر بعد فترة التأثير المباشر للمادة المهلوسة ، أى بعد أربعة وعشرين ساعة من التوقف عن تعاطى المادة المهلوسة ..

حيث ينتج القلق أو الاكتئاب ونادرا الانسجام (السرور) ، و يصاحب الاكتئاب النيل من الذات أو الاحساس بالذنب مع الخوف والتوتر وعدم الراحة الجسمانية وصعوبة النوم ، مع أفكار فحواها أنه أصبح مجنونا وأنه لن يعود الى السواء مرة أخرى .. وفى حالة الانسجام يصبح لديه أفكار العظمة والتشتت وزيادة النشاط .

وقد يكون الاضطراب عابرا ، أو يطول حيث يصعب تمييزه من اضطراب الوجدان .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة من القنب

(Cannabis Organic Mental Disorders)

و يستخدم منها الماريجوانا والحشيش ، عن طريق تدخينها أو تناولها عن طريق الفم أو بعد خلطها مع الطعام .

١ ــ انسمام القنب

(Cannabis Intoxication)

وهو يحدث أعراضا نفسية أو جسمانية أو سلوكا مضطربا اجتماعيا بعد تعاطيه .

والاعراض النفسية تشمل السرور وزيادة حدة الادراك والاحساس ببطء الزمن (حيث تصبح الخمس دقائق كأنها ساعة) والانشغال المسبق بمثيرات سمعية أو بصرية واللامبالاة . وقد يعبر الشخص عن سروره فى احساسه بالسعادة والاسترخاء .

والاعراض الجسمانية هى زيادة ضربات القلب (وتصبح غير بارزة فى حالات المزمنين) ، واحتقان الملتحمه وزيادة الشهية للطعام .

أما السلوكيات المضطربة فتشمل الافكار الاضهادية ونوبات القلق الحادة ، وقد يعتقد الفرد أنه يحتضر أو أنه سوف يصبح مجنونا ، واضطراب الحكم على

الامور بما يؤثر على أدائه الوظيفى والاجتماعى . و يصاحب ذلك اختلال الاءنية واختلال البيئة (Depersonalization and derealization)

و يندر حدوث الهلاوس (خاصة عندما يكون ضغط الدم مرتفعا بدرجة كبيرة حيث يصبح القنب محدثا للهلاوس) .

وسرعان مايحدث الانسمام خلال نصف ساعة من تدخين الماريجوانا و يستمر ثلاث ساعات ، أما تعاطى القنب عن طريق الفم فهو بطىء الامتصاص و يصل الى أعلى معدل له فى الدم بعد وقت طو يل .

٢ ــ الاضطراب الضلالى للقنب

(Cannabis Delusional Disorder)

حيث توجد ضلالات اضطهادية تتبع تعاطى القنب مباشرة أو أثناء الانسمام بالقنب . وعادة هذا الاضطراب لايتجاوز فترة الانسمام (أى ساعات قليلة) .

و يصاحبه قلق ملحوظ ، وتقلب انفعالى واختلال الاءنية ونسيان النوبة ، بالاضافة الى أعراض الانسمام السابقة .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة عن التبغ

(Tobacco Organic Mental Disorder)

١ ــ الاضطراب المصاحب للتوقف عن تعاطى التبغ

. (Tobacco Withdrawal)

والاضطراب يتسبب عن الامتناع أو تقليل تعاطى التبغ ، حيث الرغبة الملحة للتبغ وسرعة الاستثارة والقلق وصعوبة التركيز وعدم الاستقرار والصداع والدوخة ، واضطرابات المعدة والأمعاء ، و يرجع ذلك الى نقص النيكوتين بصفة خاصة .

وهذا الاضطراب يحدث مع المدخنين الشرهين للسجاير ، حيث يضطرب الوجدان بعد ساعتين من آخر سيجارة ، وتظهر الرغبة للتدخين قمتها خلال أربعة وعشرين ساعة ، وتتناقص الرغبة تدريجيا على مدى أيام أو أسابيع .

و يصاحبها الايقاع البطىء فى رسم الدماغ الكهربائى ، وزيادة انقباض عضلات المضغ ، نقص معدل ضربات القلب وانخفاض ضغط الدم ، واكتساب الوزن ، بالاضافة الى الخلل فى انجاز المهام التى تحتاج الى يقظة .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة من الكافيين

(Caffeine Organic Mental Disorders)

والكافيين يتم تعاطيه فى شكل القهوة والشاى والكولا والشيكولاته

١ ـ انسمام الكافيين

(Caffeine Intoxication)

حيث يتسبب عن تعاطى الكافيين عدم الاستقرار والنرفزة والأرق واحمرار الوجه وكثرة التبول واضطرابات المعدة والأمعاء ، و يظهر ذلك لدى بعض الأفراد بعد تعاطى ٢٥٠ مجم يوميا ، بينما يحتاج الآخرون إلى جرعات أخرى .. وعندما يصل التعاطى إلى أكثر من ١ جرام فى اليوم يحدث اختلاج فى العضلات وزيادة الحركة واضطراب إيقاع القلب ، واضطرابات الاحساس مثل طنين الأذنين ، وعند زيادة الجرعة عن ١٠ جم من الكافيين تحدث نوبات صرعية عظمى وتوقف التنفس الذى يؤدى إلى الوفاة(٩) .

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة من تعاطى مواد أخرى أو غير محددة

(Other substance induced organic mental dis)

إذا كان لايمكن تصنيف المادة ضمن أى من المجموعات السابقة ، مثل الاضطراب الضلالى الناتج من الليفودوبا (Levo—dopa delusional disorder) أو هذيان مضادات الأستيل كولين .

---

(٩) يحتوى كوب القهوة كافين يتراوح بين مائة ومائة وخمسون مليجرام ، وكوب الشاى نصف ذلك ، وكوب الكولا ثلث ذلك .

أو كانت هذه المادة غير معروفة .. و ينشأ عن هذه المجموعة أى من الزملات العقلية العضوية السالفة (الانسمام ، التوقف عن التعاطى ، الهذيان ، الخرف ، النساوة الضلالية ، الهلاوس ، اضطراب الوجدان ، اضطراب الشخصية ، أو غير المطابق للأنواع السابقة) .

اضطرابات الادمان لمادة ذات مفعول نفسى

(psychoactive Substance use Disorders)

يعتبر تعاطى المواد المجددة للنشاط مثل القهوة أو الشاى أو الكحول (فى المجتمعات الغربية) أمرا عاديا ، كما أن بعض المواد تستخدم طبيا بهدف تخفيف الألم أو تقليل التوتر أو تقليل الشهية للطعام .. ولكن استعمال بعض المواد قد يؤدى إلى تغيرات سلوكية تؤثر على تكيف الفرد وتؤدى إلى فشله فى أداء دوره الاجتماعى والوظيفى ، وعدم قدرته فى الامتناع عن هذه المادة أو التحكم فى تعاطيها وظهور أعراض انسحاب المادة فى حالة الامتناع تماما أو التقليل .

وهكذا نلاحظ أن مجموعة اضطرابات الادمان لمادة ذات مفعول نفسى التى نحن بصددها تتعامل الأعراض والتغيرات السلوكية غير المتكيفة المرتبطة بالتعاطى المنتظم لهذه المواد ، بينما الاضطرابات العقلية الناتجة عن مواد ذات مفعول نفسى فتصف التأثيرات المباشرة حادة أو مزمنة لهذه المواد على الجهاز العصبى .. والمدمنون كثيرا مايحدث لهم اضطرابات عقلية ناتجة من المواد التى يدمنونها مثل اضطراب الانسمام أو اضطراب انسحاب المادة .

وتعاطى مادة ذات مفعول نفسى ينتج عنه الاعتماد على المادة (Dependence) أو سوء التعاطى (الاسراف فى تعاطيها) (abuse) . وسوف نفصلها فيما يلى :ـــ

١ ـــ اضطراب الاعتماد على مادة ذات مفعول نفسى

(psychoactive substance Dependence)

و يتميز هذا الاضطراب بتجمع أعراض معرفية وسلوكية وفسيولوجية تشير إلى أن الشخص قد اختل تحكمه فى تعاطى المادة واستمر فى تعاطيها رغم نتائجها

السيئة وأعراض هذه اللزمة تشمل الأعراض الفسيولوجية ولكنها ليست محصورة فى الإطاقة (التحمل) (Tolerance) و (والانسحاب) (Withdrawal) ، كما كانت توصف قبل ذلك فى الدليل الاحصائى التشخيص الثالث (١٩٨٠) ، فبعض الناس قد يوجد لديهم إطاقة فسيولوجية وأعراض انسحاب وليس لديهم مواصفات لزمة الاعتماد المحددة هنا ، فعلى سبيل المثال مرضى الجراحة يحدث لهم إطاقة للمورفين ويخبرون أعراضا انسحابية دون اظهار أى علامات خلل شديد فى التحكم فى تعاطى المادة ، وهناك مواد مثل القنب ليس لها علامات فسيولوجية واضحة للإطاقة أو الانسحاب .

ولتشخيص لزمة الاعتماد يلزم على الأقل ثلاثة أعراض من تسعة أعراض مميزة ، و يلزم أن تظل بعض الأعراض مدة شهر على الأقل ، أو تحدث متكررة على مدى فترة طو يلة من الزمن وهذه الأعراض هى :ـــ

١ ـــ ان يجد الشخص نفسه يتعاطى فعلا المادة ذات المفعول النفسى بكميات كبيرة ، أو على فترة أطول مما ينوى أصلا ، مثل من يقرر تعاطى كأس واحدة من مشروب كحولى ، ولكنه بعد تعاطيها ينحدر لمواصلة الشرب حتى الثمالة (الانسمام) .

٢ ـــ يعى الشخص أن تعاطيه للمادة فيه اسراف و يبذل محاولات لتقليل الكمية او التحكم فى التعاطى ولكنه لا يستطيع طالما أن المادة متوفرة ، وقد يريد ولكنه لا يبذل محاولات .

٣ ـــ يجهد نفسه فى الحصول على المادة (حتى لو اضطر للسرقة) ، فى الحالات الخفيفة يقضى الشخص عدة ساعات يوميا يتعاطى المادة ، ولكنه يستطيع الاندماج فى أنشطة أخرى ، أما فى الحالات الشديدة فكل الأنشطة اليومية للشخص تدور حول الحصول على المادة واستعمالها والتخفيف من أثارها .

٤ ـــ قد يعانى الشخص أعراض الثمالة (الانسمام) أو الانسحاب فى وقت عليه فيه دور (عمل) يجب أن يؤدية ، مثل الثمالة أثناء قيادة سيارته أو أثناء عمله .

٥ ــ التوقف عن الأنشطة الترفيهية والاجتماعية بسبب تعاطى المادة ، سواء كان التعاطى فى زمرة من رفاقه أو بمفرده .

٦ ــ تنشأ مشاكل عن طول التعاطى (اجتمعاية ونفسية وجسمية) وتتفاقم بسبب استمرار التعاطى ، ورغم أنه يعرف ذلك إلا أنه لايتوقف .

٧ ــ يضطر لزيادة الجرعة للحصول على التأثير المطلوب (أى نقص تأثير المادة مع استمرار التعاطى) (Tolerance) .

٨ ــ ظهور أعراض للانسحاب عندما يتوقف عن التعاطى أو يقلل من الكمية ، وهذه الأعراض حسب المادة المستخدمة .

٩ ــ ولتخفيف أعراض الانسحاب هذه يتعاطى الشخص المادة التى يدمنها .

٢ ــ الاسراف فى تعاطى مادة ذات مفعول نفسى
(Psychoactive substance abuse)

الاسراف فى تعاطى مادة هو مجموعة متبقية من الأنماط غير التكيفية للمادة ذات المفعول النفسى التى لاتتفق مع مواصفات الاعتماد على المادة ، والمقصود بالأنماط غير التكيفية من التعاطى هى :ــ

إما (١) التعاطى المستمر للمادة برغم معرفته حدوث مشاكل متكررة وثابته اجتماعية أو نفسية أو جسمانية أو وظيفية تتسبب أو تتفاقم بتعاطى المادة .

أو (٢) تكرار التعاطى للمادة عندما يحمل التعاطى خطورة جسمانية (مثل قيادة السيارة وهو ثمل) ..

يشترط لتشخيصه أن تظل الأعراض مدة شهر على الأقل أو تتكرر على مدى زمنى طويل .. والمواد ذات المفعول النفسى التى تحدث اسرافا فى تعاطيها هى ــ

١ ــ الكحول

٢ ــ الأمفيتامين ومايشبهه من محاكيات الودى

٣ـ القنب
٤ـ الكوكايين .
٥ـ محدثات الهلاوس
٦ـ المستنشقات .
٧ـ الأفيون ومشتقاته .
٨ـ عقار ال ب . سى . ب
٩ـ المهدئات والمنومات ومضادات القلق
١٠ـ اما النيكوتين فيحدث فيه الاعتماد وليس سوء التعاطى

الأعراض المصاحبة للادمان :ـ

١ ـ طريق التعاطى : الذى يعتبر عاملا هاما فى تحديد أن التعاطى سوف يؤدى إلى الاعتماد أو الاسراف ، فالطرق التى تعطى تأثيرا أسرع وأقوى فى الوصول إلى المستقبلات العصبية تزيد من خطورة حدوث الاعتماد ، كما أن طرق التعاطى التى تدخل كميات كبيرة من المادة إلى المخ ترتبط بمستويات عالية من استهلاك المادة مع تزايد التأثيرات السامة لها ، مثل مستخدم الامفيتامين وريديا الذى يحدث ميلا لاستهلاك كميات كبيرة منه مع حدوث اضطراب عقلى عضوى ناشىء عن تعاطى المادة أكثر من الشخص الذى يتعاطى المادة عن طريق الفم أو الاستنشاق .

٢ ـ مدة تأثير المادة : تعد متغيرا هاما أيضا فى أن استخدام المادة سوف يؤدى إلى الاعتماد أو الاسراف فى التعاطى فى فترات اللهو، و بصفة عامة تعتبر المواد قصيرة المفعول (مثل الامفيتامين والكوكايين و بعض مضادات القلق) أكثر استخداما من المواد ذات المفعول المشابهه ولكن أطول تأثيرا (Long acting) ، ولذا فالمواد قصيرة المفعول (Short acting) تتميز بالاعتماد وسؤ التعاطى .

٣ ـ حدوث نوبات متكررة من الثمالة (الانسمام) .

٤ ـ اضطراب الشخصية والوجدان فى أغلب الحالات .

٥ ـ المدمنون المزمنون يكثر لديهم تقلب الوجدان والشك وكلاهما يجلب السلوك العنيف .

البداية والمسار والمضاعفات :ـ

عادة يبدأ الادمان (الاعتماد أو الاسراف فى التعاطى) فى أواخر العقد

الثانى من العمر أو العشرينيات أو الثلاثينيات وأحيانا الاربعينيات ، وعندما يبدأ التعاطى فى المراهقة فإنه غالبا يرتبط باضطراب السلوك والفشل الدراسى .

و يرتبط الادمان بإحداث لزمات عقلية عضوية (التى سبق وصفها) ، وهناك مضاعفات ترتبط بالثمالة (الانسمام) مثل حوادث المرور والاصابات الجسمانية وارتكاب الحماقات والوقوع تحت طائلة القانون ، بالاضافة إلى تدهور الصحة العامة للشخص وظهور الأمراض الجسمانية بسبب نقص التغذية والنظافة ، كما أن استخدام حقن ملوثة يسبب التهاب الكبد أو التيتانوس والتهاب الأوردة والتسمم البكتيرى المصحوب بارتفاع درجة الحرارة (الحمى) ، كما تنقل الحقن الملوثة مرض الايدز (AIDS) .

تعاطى الكوكايين قد ينتج عنه موتا مفاجئا من اختلال إيقاع القلب أو احتشاء عضلة القلب أو صدمة وعائية (Shock) أو توقف التنفس . وتشيع الأعراض الاكتئابية لدى المدمنين وهى جزئيا مسئولة عن حدوث الانتحار لهم .

والاعتماد الطويل على مواد معينة ذات مفعول نفسى (خاصة القنب ومحدثات الهلاوس وعقار ال ب. سى. ب) يرتبط غالبا بنقص السلوكيات الهادفة (مثل الذهاب للعمل)حتى مع عدم تعاطى المادة لفترة طويلة ، و يصاحب باكتئاب وقلق وسرعة استثارة وصعوبة التركيز ، وهذه الأعراض تصف لزمة انعدام الدافعية (Amotivational Synd.) وليس واضحا ما إذا كانت هذه اللزمة نتيجة مباشرة للتأثير المزمن للمواد ذات المفعول النفسى أو أنه يعبر عن سيكوباثولوجى موجود مسبقا .. و يسير الادمان فى مسار متماوج (فترات من الموادة تعقبها فترات من الاشتداد) .

التشخيص الفارق :ــ

١ ــ التعاطى غير المرضى لمادة ذات مفعول نفسى لتجديد النشاط أو لاغراض طبية .

٢ ــ نوبات متكررة من الثمالة بمادة منشطة نفسيا .

انتشار الادمان :ـــ

لقد زادات المواد المخدرة وتنوعت فمنها الخام والمشتق والمخلق ، وكثرت المواد ذات التأثير القوى السريع المفعول والتى تقل كمية جرعاتها ، فيسهل تهريبها لصغر حجمها ، فزاد تبعا لذلك انتشار المخدرات ، وخاصة بين صغار السن من المراهقين والشباب .. وانتشار المخدرات يستوى فيه جميع فئات الشعوب ، حيث ينتشر بين الأميين والمتعلمين و بين الفقراء والأغنياء ، ولكن لاتوجد أرقام دقيقة تشير إلى معدلات انتشار الادمان ، وذلك لموقف القانون والمجتمع من المدمنين مما يجعلهم يمارسون ادمانهم فى الخفاء ، ولكن هناك احصائيات مبنية على التقدير الجزافى لكميات المواد المخدرة المستهلكة فى العالم ، فهناك مثلا إحصائيات تشير إلى أن مدمنو الافيون ومشتقاته يجاوزون الأ ربعمائة مليون فى العالم ، ومدمنو الحشيش أكثر من ثلا ثمائة مليون ، أما المواد الأخرى فلا يعرف حجم انتشار ادمانها .. ولا شك أن هناك أسباب عديدة لانتشار الادمان على هذا النحو الخطير سوف نناقشها فيما يلى .

أسباب الادمان :ـــ

اولا : العوامل البيولوجية :ـــ

١ ـــ الوراثة : لوحظ أن الادمان يزيد فى عائلات معينة ، حيث أن مدمن الكحول (على سبيل المثال) يزيد الادمان بين أطفاله إلى أربعة أمثاله لدى أطفال الأ باء غير المدمنين .. كما لوحظ أن التوائم المماثلة يزيد الادمان لديها إلى ضعف عنه بين التوائم غير المتماثلة .

٢ ـــ وجود آلآم جسمانية مزمنة مثل الام المفاصل والآلام السرطانية الناتجة عن ورم سرطانى

٣ ـــ ادمان الأم أثناء الحمل يجعل الطفل يولد ولديه اعتماد فسيولوجى .

ثانيا : العوامل النفسية :ـــ

١ ـــ وجود مرض نفسى مثل القلق والاكتئاب ومحاولة الشخص علاج نفسه بعيدا عن الذهاب لطبيب نفسى حتى لايقال عنه أنه مجنون .

٢ ــ ضعف تكوين الشخصية وزيادة الاعتمادية التى ترتبط بالميول الفمية .

٣ ــ سيطرة (الهو) ومبدأ اللذة وضعف الأنا الأعلى .

٤ ــ العناد والرغبة فى المقامرة المدمرة لوجود عدوان موجه ضد الذات .

٥ ــ الاحباط وغياب الهدف واشتداد المعاناة فى أزمة الهوية التى يبحث فيها المراهق عن نفسه وهدفه .

٦ ــ القابلية للاستهواء بواسطة رفاق السوء .

٧ ــ وجود أفكار خاطئة مثل زيادة الطاقة الجنسية بواسطة المخدرات ، والعكس هو الصحيح حيث أنها تقللها عن طريق تقليل هرمون الذكورة (التستو ستيرون)

ثالثا : العوامل الاجتماعية :ــ

١ ــ اضطراب الأسرة وعدم استقرارها أو وجود غربة بين أفرادها أو سيطرة الأب الباعثة على التمرد ، أو ادمان أحد الوالدين ، بالاضافة إلى الطلاق أو الانفصال بين الوالدين أو غياب أحد الوالدين بالعمل المتواصل أو بالهجرة ، وتفكك الروابط الأسرية التى فرضتها قيم المدنية بخروج المرأة للعمل وتقلص دور الأم فى حياتها ، وادخال أجهزة (مثل التلفاز) قللت من الحوار بين أفراد الأسرة الواحدة .

٢ ــ تخبط المجتمع وعدم وضوح الرؤية ، وغياب هدف قومى عام ، وغياب القدوة .

٣ ــ نقص مشاركة الشباب وعدم وجود دور واضح لهم فى المجتمع والمنظمات السياسية .

٤ ــ الاحباط الجماعى الذى يعيشه الشباب بغياب الحلم بفرصة عمل حقيقية ، لابطالة مقنعة ينتظرها فى طابور ممل للقوى العاملة ، وقروش قليلة لقاء ذلك لاتسمن ولاتغنى من جوع .

٥ ــ سؤ العملية التعليمية التى تركز على حشو الرأس وقهر الطفل وجعله فى موقف المتلقى السلبى ، وهو الأمر الذى ينمى اعتماديته والقابلية للاستهواء ، وجعله يقبل مايعرض عليه دون نقاش أو تفكير.

٦ ـ ضعف القيم الروحية وفصل الروح عن المادة والاهتمام بالمادة على حساب الروح ، وتشجيع الاستهلاك على حساب الفكر والعمل .

٧ ـ اختلال القيم المتعلقة بالثقافة والعمل والكسب ، وانقلاب الهرم الاجتماعى الذى اعقب الانفتاح ، والرغبة فى الاثراء السريع بمختلف الأساليب من غش ونصب وتحايل على القوانين .

٨ ـ انتشار المخدرات وتيسر الحصول عليها بواسطة مافيا المخدرات أو شركات الأدوية .

٩ ـ التناقض الذى يقع فيه المجتمع بإباحة تداول الخمر التى حرمها الله فى القرآن صراحة والتشديد على المواد المخدرة الأخرى والتى حرمت قياسا على الخمر ، ولعل هذا كان من أهم خطط المستعمر أن يروج لسلعته التى يصنعها ويحارب ماتنبته حقول دول أسيا وغيرها ، ومازال ساريا حتى بعد جلاء المستعمر لأنه مازال يستعمرنا فكريا .

علاج الادمان :ـ

أولا : الوقاية :ـ تعد الوقاية هى الطريق الأمثل لعلاج الادمان ، وتتحقق الوقاية بتلافى الأسباب المؤدية إلى الادمان التى سبق ذكرها ، بالاضافة إلى التوعية بأخطار المخدر النفسية والعصبية والاجتماعية والأسرية والمادية ، تلك المعرفة التى تهدف لجعل الشخص يفكر قبل الاقتراب من الادمان ، ولكن قد يعرف الشخص ومع ذلك يهوى فى دوامة الادمان ، وهذا يشير إلى أهمية الاعتقاد الداخلى (الامتناع) على مستوى الوجدان ، الذى يتمثل فى الإيمان بشىء ماويجعل الشخص ملتزما من داخله بسلوكيات معينة من الاتيان أو الاجتناب ، ومن هنا تأتى أهمية القيم الدينية التى تسهم فى تكوين السلطة الداخلية ، ويساعد ذلك بعدم التناقضات .. ثم يأتى دور القانون والشرطة عند مرحلة التصرف (السلوك) ، فيسن مايردع التجار ويضيق نطاق الترويج ما أمكن ، ومايخيف المدمن من الاقتراب ، ويوفر المجتمع سبل ممارسة السلوكيات البديلة والمفيدة والمحققة لطموحات الشباب وتطلعاته نحو مستقبل أفضل .

ثانيا : علاج المدمن :ـــ

أـــ علاج الأعراض الناجمة عن الامتناع عن المادة (detoxification) و يتم بواسطة ما يلى :ـــ

(١) التنويم والتخدير طويل المدى باستعمال الكلوربرومازين (Chlorpromazine) والتنقيط الوريدى لعقار الاميتريبتلين (التريبتوزول) (Tryptizol I. V. infusion) لمدة أسبوع .

(٢) ٤٠ـــ ٦٠ وحدة انسولين يوميا صباحا حتى يبدأ المريض فى الشعور بالعرق وتزايد سرعة النبض فيعطى السكريات ، وهذا يحسن وزن المريض ونفسيته تبعا لذلك .

(٣) أحيانا يلزم إحداث نوبات تشنجية بواسطة انكهرباء لتخفيف أعراض الاكتئاب الموجودة .

(٤) فى حالة إدمان العقاقير المطمئنة الصغرى مثل المبروباميت ومجموعة البنزودياز بين يجب أن يكون التوقف تدريجيا حتى لا يتعرض المريض لنوبات تشنجية .. أما فى حالة المنبهات والكوكايين والحشيش فلا يلزم ذلك لأن الأعراض الجانبية محددة ومدتها قصيرة .. أما فى حالات الهروين فيستعمل الميثادون بجرعات متناقصة .

(٥) العلاج النفسى : الفردى والجماعى والأسرى .. وأحيانا يستخدم العلاج النفسى المنفر خاصة فى حالات ادمان الكحول بواسطة عقار الـ (الانتابيوز) (Antabuse) الذى يتداخل مع عمليات التمثيل الأيضى للكحول فيعطى أعراضا ناتجة عن التسمم بمادة الاسيتالدهيد عندما يتعاطى الكحول فينفر منه المدمن و يتوقف الادمان .

ب ـــ علاج الأسباب التى دفعت الشخص للادمان علاجا نفسيا واجتماعيا وتقوية ذاته فى مواجهة نزعة العودة الى الادمان مرة ثانية .

الفصل الثانى

مقدمة :ـ

فتاه فى التاسعة عشرة من عمرها طالبة جامعيية ، بدأت تنعزل عن الناس من ثمانية شهور، وتوقفت عن الذهاب للجامعة ، وأهملت فى نظافتها ، وأصبحت متبلدة العواطف ، وتعتقد أن الناس يلمحون اليها باشارات يقصدونها وتسمع اصواتا تتهمها بأنها سيئة السمعة ، وفى فترة اشتداد الاعراض كانت لاتنام ولاتأكل ودائمة الحركة فى البيت ، و بفحصها لوحظ عدم اتساق تفكيرها وعدم ترابطه مع وجود ضلالات الاشارة وهلاوس سمعية ، واختلال حكمها على الأمور وعدم استبصارها وتفكك شخصيتها مع تبلد وجدانى .

هذا مثال لحالة اكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قرءاتها أن تضع أهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟ .

اضطرابات الفصام

(Schizophrenic Disorders)

يعرف الفصام بأنه مجموعة من الاضطرابات تختلف من حيث العوامل السببية والاستجابة للعلاج ومصير المرض ، وتتفق فى أنها لزمة مكونة من أعراض مميزة ناشئة عن اضطراب التفكير والادراك والوجدان والسلوك ، وهذه الأعراض تصل إلى درجة الذهان فى بعض الأوقات خلال مسار المرض .. أو هو اضطراب عديد من وظائف الأنا ينتج عنه عدم قدرة المريض أن يميز بدقة وثبات بين الواقع الداخلى والخارجى مع فشله فى المحافظة على اتصاله بالعالم الخارجى .

ولقد بذلت محاولات عديدة لتحديد مفهوم الفصام نذكر منها :ـ

١ ــ محاولة (كريبلين) (Kraeplin) : الذى أكد مفهوم التدهور العقلى المصاحب للمرض مما دعاه إلى تسميته بالخرف المبكر (Dementia precox) ، وقرر أن ملامحه الاكلينيكية هى السلبية والانسحاب وأسلوبية الحركة وفقد الارادة والانتباه ، وضعف الحكم على الأمور ، والتناقض بين الوجدان والتفاعل العام واضطراب التفكير وعدم التمييز بين الواقع والخيال ، وأنه ليس ناتجا عن تسمم أو هستيريا أو صرع أو هذيان أو ذهان الهوس والاكتئاب .

٢ ــ محاولة (بلولر) (Bleuler) : الذى لم يرى أن التدهور أحد السمات الهامة فى مرض الفصام ، وقسم الأعراض المرضية فى الفصام إلى أعراض أساسية (جوهرية) وهى اضطراب التفكير المتميز بتفكك الروابط واضطراب الوجدان والذاتوية (autism) وثنائية المشاعر (ambivalence) ، وأعراض مصاحبة وهى الهلاوس والضلالات .. و بلولر هو أول من أسماه بمرض الفصام (Schizophrenia) ، ومعناها الانقسام العقلى ، وهذا المعنى يختلط لدى عامة الناس مع أزدواج الشخصية الذى يطلق عليه حاليا اضطراب تعدد الشخصية .

٣ ــ محاولة (شنيدر) (Schneider) : الذى وصف عددا من الأعراض أسماها أعراض الدرجة الأولى (First ـ Rank Symptoms) ذات الأهمية فى تشخيص الفصام ، وتشمل : سماع المريض لأفكاره بصوت مرتفع ، وهلاوس سمعية تعلق على سلوك المريض ، وضلالات التأثير جسمانيا بواسطة قوى خارجية ، وأن هناك

قوى خارجية تتحكم فى تفكيره وتنشره على الناس ، وضلالات الخضوع لسيطرة قوى خارجية تتحكم فى تصرفاته .

ومازالت المحاولات مستمرة فى صورة التصانيف الحديثة للأمراض النفسية ، وكان آخرها التصنيف التشخيصى الاحصائى الثالث المراجع (DSMIII—R) (١٩٨٧) ، الذى استبعد تشخيص مرض الفصام دون أعراض ذهانية ، كما كان يحدث فى حالات الفصام الكامن أو الحدى (Borderline) أو البسيط ، وأصبح يشخصها على أنها اضطرابات شخصية ، كما وضع لاضطراب الفصام دلالات محددة يشخص بها اكلينيكيا ، وسوف نورد فيما يلى وصفا مفصلا للصورة الاكلينيكية للفصام ثم نتبعها بدلالات التشخيص حسب التصنيف ..

الصورة الاكلينيكية للفصام

للصورة الاكلينيكية للفصام مميزات عامة هى :ـ

١ ـ وجود أعراض ذهانية خلال المرحلة النشطة للمرض .

٢ ـ تشمل الأعراض المميزة العديد من الوظائف النفسية المضطربة .

٣ ـ نقص الاداء الوظيفى عن ذى قبل (وفى حالة الأطفال والمراهقين يكون نقص المتوقع من الانجاز الدراسى والاجتماعى) .

٤ ـ المدة لاتقل عن ستة شهور وقد تشمل أعراضا ممهدة أو أعراضا متبقية .

٥ ـ فى بعض مراحل المرض يجب أن يشمل الفصام ضلالات أو هلاوس أو اضطرابات محددة ومميزة فى شكل التفكير والوجدان .

٦ ـ ولاتعزى بداية الاضطرابات واستمراره لسبب عضوى ، وليست الأعراض ناشئة عن اضطراب الوجدان أو الفصام الوجدانى .

وقبل أن نسترسل فى عرض تفاصيل الصورة الاكلينيكية علينا أن نأخذ فى الاعتبار ثلاثة أشياء :ـ

١ ــ لا يوجد عرض مرضى واحد (أو علامة مرضية واحدة) نشخص به الفصام ، فكل أعراض الفصام يمكن رؤية بعضها فى عدد من الاضطرابات العصبية والنفسية ،

٢ ــ تتغير أعراض المريض الواحد من وقت لآخر .

٣ ــ لا بد أن نأخذ فى الاعتبار مستوى المريض التعليمى وذكاءه وثقافته البيئية ، فمثلا عدم قدرة المريض على التجريد قد يعكس تعليمه وذكاؤه ، كما أن بعض المعتقدات الغريبة قد تعكس نمطا من الثقافة البيئية أو الدينية .

ــ نقص الأداء الوظيفى عن ذى قبل : حيث يتدهور انجاز الشخص على مستوى العمل والعلاقات الاجتماعية واهتمامه بنفسه ، و يلاحظ هذا التغير بواسطة الأهل والاصدقاء واذا بدأ الاضطراب فى الطفولة أو المراهقة يحدث فشل فى الوصول إلى الانجاز الاجتماعى المتوقع له ، ومن ثم فإن العرض الواحد مثل الضلال المتحوصل دون أن يصاحبه نقص فى الوظيفة الاجتماعية أو العمل لا يشخص فصام ، حيث يجب أن يشمل الفصام اعاقة (اضطراب) فى عديد من الوظائف النفسية .

ــ الاعراض المرضية المميزة لاضطراب العديد من الوظائف النفسية :ــ

١ ــ اضطراب التفكير الذى يبرز خاصة فى صورة اضطراب محتوى التفكير والقوة المتحكمة فى التفكير وشكل التفكير .

(أ) اضطراب محتوى التفكير و يشمل الضلالات التى قد تكون متعددة أو مفرطة فى الغرابة ، وقد تكون ضلالات اضطهادية (كمن يعتقد أن هناك من يتجسسون عليه أو يخططون لإيذائه بدس السم له أو تشو يه سمعته) ، أو ضلالات الاشارة (كمن يعتقد أن الناس تلمح عليه أو تسخر منه بالقول أو الاشارة) ، أو ضلالات أخرى مثل العدمية أو العظمة ، أو ضلالات الاعتقاد بأن قوة خارجية تحكم أفعاله وتصرفاته (delusions of being controlled)

(ب) اضطراب القوة المتحكمة فى التفكير : حيث يتوهم أن هناك من يسحب أفكاره من رأسه (شخص أو قوة معلومة أو خفية) ، أو يتوهم أن أفكاراً

توضع فى رأسه ليست خاصة به ، وذلك دون ارادة منه أو أن أفكاره تذاع على الناس فى وسائل الاعلام (الصحافة والاذاعة والتليفزيون) .

(جـ) اضطراب شكل التفكير: ومن أكثر أشكاله شيوعا فقدان روابط التفكير (بين الافكار و بعضها) ، حيث ينتقل المريض من موضوع إلى موضوع آخر مختلف تماما ، أو أن العلاقة بين الموضوعين عارضة ، دون وعى الشخص بذلك ، وعندما يزداد فقدان الروابط يأخذ التفكير شكل عدم الا تساق ، وقد يوجد فقد فى محتوى الكلام ، حيث يكون مناسبا فى الكمية ولكنه يتضمن القليل من المعلومات لغموضه ، أو لأنه مجرد أكثر من اللازم أو عيانى أكثر من اللازم ، أو يتصف بالتكرارية أو الاسلوبية ، وقد يوجد انسداد فى مسار التفكير ولكنه أقل شيوعا ، أو يتكلم بلغة جديدة .

٢ ــ اضطراب الادراك : فى شكل هلاوس متنوعة ، ولكن أكثرها شيوعا الهلاوس السمعية ، هذه الاصوات قد تكون مألوفة لديه ، وغالبا تكون ألفاظها مهينة له ، وقد يكون الصوت لشخص واحد أو لعدد من الأشخاص ، وقد يكون الكلام موجها إليه بصورة مباشرة أو غير مباشرة (مثل وصف سلوكه الذى يؤديه) .

وقد تكون الهلاوس حسية (لمسية) فى صورة تنميل أو احساس كبريائى ، أو تكون هلاوس حشوية (Somatic hallucination) مثل الأحساس بحركة ثعابين داخل البطن ، ونادرا ماتكون هلاوس بصرية أو تذوقية أو شمية .. وجود الهلاوس البصرية والتذوقية والشمية فى حالة غياب الهلاوس السمعية يلفت الانتباه إلى وجود اضطراب عقلى عضوى .

وهناك اضطرابات ادراكية اخرى تشمل احساسات التغير الجسمانى والحساسية الشديدة للأصوات والرؤى والروائح .

٣ ــ اضطراب الوجدان : و يشمل غالبا فقدان الشعور (apathy) أو تناقض الوجدان أو عدم التمايز (indifference) الوجدانى ..

٤ ــ الاحساس بالنفس : الذى يعطى الانسان السوى الاحساس بالتفرد واتجاه النفس الخاص ، واحيانا يسمى ذلك بتلاشى حدود الأنا (Loss of ego—boundaries) و يظهر ذلك فى صورة ارتباك هو ية الشخص ومعنى

وجوده فى الـحياه ، أو بعض الضلالات خاصة التى تحتوى التحكم بواسطة قوى خارجية .

٥ ــ الارادة : حيث تضطرب قدرة الشخص على المبادرة بأنشطة هادفة وموجهة وقد يعوق ذلك أدائه لعمله ، فيصبح غير مهتم بعمله ، أو تصبح لديه ثنائية الارادة التى تؤدى الى توقف نشاطه الهادف الموجه ذاتيا .

٦ ــ العلاقة بالعالم الخارجى : كثيرا ماينسحب المريض عن العالم الخارجى ، و يصبح تفكيره غير واقعى ومنصب حول ذاته ، وعندما تزيد هذه الحالة تسمى « الذاتوية » (autism) (و يشكو أهله من أنه يعيش فى عالم خاص به ومنسلخ عاطفيا عن كل ماحوله) .

٧ ــ السلوك : قد تقل حركته ونشاطه التلقائى وتفاعله مع البيئة من حوله ، وقد يزيد ذلك لدرجة يبدو فيها غير متيقظ للبيئة من حوله (كما فى حالة الذهول الكتاتونى) ، وقد يتصلب فى وضع معين و يرفض المحاولات لتغيير هذا الوضع (كما فى حالة التصلب الكتاتونى) ، وقد يصبح السلوك غير محكوم وغير هادف (كما فى حالة الهياج الكتاتونى) .

وقد يصاحب ذلك ملامح اكلنيكية أخرى مثل : فقر التفكير أو التفكير السحرى أو السلوك المتكرر ، والقلق أو الاكتئاب أو الغضب ، أو اختلال الانية (Depersonalization) واختلال ادراك البيئة من حوله (Derealization) أو اضطرابات الذاكرة أو عدم ادراك البيئة . (Disorientation)

عادة يبدأ مرض الفصام فى سن المراهقة أو بداية الحياة الراشدة وتشير الدراسات إلى أنه يصيب الرجال مبكرا عن الاناث . و يلزم لتشخيص مرض الفصام أن تستمر الصورة المرضية لمدة ستة شهور وتشتمل على المرحلة النشطة من الأعراض الذهانية ، وقد تشتمل على مرحلة منذرة (prodromal) أو مرحلة متبقية (residual) .

وتتميز المرحلة المنذرة (الممهدة) : بانهيار مستوى الأداء الوظيفى للشخص ، والانسحاب الاجتماعى و بعض السلوك الغريب ، واهمال الشخص لنظافته ، وتبلده العاطفى وغرابة الأفكار ونقص المبادرة والاهتمامات و يلاحظ التغير بواسطة الأهل والأصدقاء ، و يتفاوت طول هذه المرحلة و يصعب تحديد بدايتها

بدقة . و يعتبر التنبؤ سيئا خاصة عندما تكون المرحلة المنذرة غامضة البداية والتدهور تدريجي على مدى سنوات عديدة .

تتميز المرحلة النشطة بالأعراض الذهانية : مثل الضلالات والهلاوس ، فقدان الروابط بين الأفكار وعدم اتساق الأفكار وفقر محتوى الكلام والتفكير غير الواقعي والسلوك المضطرب .

أما المرحلة المتبقية فعادة تتبع المرحلة النشطة من المرض وهي تشبه الى حد كبير المرحلة المنذرة إلا أن الجمود العاطفي واضطراب الأداء الوظيفي أكثر شيوعا فيها من المرحلة المنذرة .. وقد يظل فيها بعض الأعراض الذهانية مثل الضلالات أو الهلاوس ولكن دون تأثير قوى .

المسار والتنبؤ بمصير الفصام :ـــ

يبدأ الفصام غالبا بأعراض ممهدة ، و يتبعها ظهور الأعراض الأكثر ظهورا وهى الذهانية (وهذه هي المرحلة النشطة) ، وذلك خلال أيام إذا كانت البداية حادة ، أو خلال شهور قليلة إذا كانت البداية متدرجة ، وقد تكون البداية مسبوقة بعامل مرسب (مثل الانتقال من مكان لآخر للمعيشة أو الدراسة ، أو تعاطى عقار مخدر ، أو فقد أحد الأقارب بالوفاة ، أو مرض جسمانى) .

والمسار التقليدى لمرض الفصام عبارة عن اشتدادات تتبادل مع فترات من الهوادة ، وأحيانا يلاحظ الاكتئاب بعد كل نوبة ، و يستمر التدهور فى التزايد لعدة سنوات (خمس سنوات فى المتوسط) ، ثم يقف التدهور وتقل شدة الأعراض الموجبة ، وتظل الأعراض السالبة (مثل الجمود العاطفي والعزلة الاجتماعية ونقص الأداء الوظيفي وضعف الارادة) ، وهذا يجعل حياة المريض بلا هدف و يتكرر تنويمه بالمستشفيات .. أما أن يعود الشخص إلى سابق عهده من الأداء الوظيفي قبل المرض فذلك ينذر حدوثه .

وطبقا لتصنيف الأمراض النفسية التشخيصى الاحصائى الثالث المراجع (DSMIII-R) فإن المسار يقسم إلى :ـــ

١ ــ أقل من مزمن (Sub-chronic) :ــ ومدته أقل من سنتين (شاملا كل المراحل الممهدة والنشطة والمتبقية) .

٢ ــ مزمن (chronic) :ــ ومدته أكثر من سنتين .

٣ ــ أقل من مزمن مع اشتدادات حادة : حيث تعاوده الأعراض الذهانية من وقت لآخر فى صورة حادة .

٤ ــ مزمن مع اشتدادات .

٥ ــ فى هدأة : عندما تختفى كل أعراض الاضطراب سواء كان ذلك تلقائيا أو بتأثير العلاج .

٦ ــ غير محدد .

وتوجد بعض العوامل التى تنبىء بمصير حسن لمرض الفصام منها :ــ

١ ــ عدم وجود اضطراب شخصية قبل المرض .

٢ ــ الانجاز الوظيفى المناسب فى فترة ماقبل المرض .

٣ ــ وجود عوامل مرسبة للمرض .

٤ ــ البداية المفاجئة للمرض .

٥ ــ البداية فى منتصف العمر (البداية المتأخرة للمرض) .

٦ ــ وجود أعراض وجدانية (خاصة التى تمت للاكتئاب) .

٧ ــ وجود أعراض كتاتونية و بارانو ية .

٨ ــ عدم استمرار مسار المرض (تراجعه لفترات يتحسن فيها المريض) .

٩ ــ وجود تاريخ عائلى لاضطراب الوجدان .

١٠ـ المريض متزوج .

١١ـ يلقى مساندة اجتماعية مناسبة .

و يلاحظ أن عكس هذه الاشياء تنبىء بمصير سىء لمريض الفصام

الاعاقة فى مرض الفصام :ــ

نلاحظ من عرض الصورة الاكلينكية ومسار الفصام ومصيره ، أنه عند مرحلة معينة من المرض تصبح الاعاقة فى عديد من الوظائف اليومية مثل العمل والعلاقات الاجتماعية والعناية بالنفس ، وقد يلزم الاشراف على حالته الغذائية ونظافته وحمايته من نتائج سوء تصرفه وضعف حكمه على الأمور ، أو أفعاله الناتجة عن ضلالات أو استجابة الهلاوس ، وبين النوبات يتفاوت احتياجه للرعاية من اعاقة تستدعى رعاية فى مصحة إلى تحسن يجعله يعتمد على نفسه .

مضاعفات مرض الفصام :ــ

للفصام مضاعفات نذكر منها :ــ

١ ــ الفشل الدراسى رغم أن المريض قد يتمتع بذكاء متوسط أو فوق المتوسط .

٢ ــ فشل المريض فى عمله أو ضعف مستوى أدائه أو عدم قدرته على الاستمرار فى نفس العمل .

٣ ــ الاقامة بالمستشفيات لفترات طويله من حياته .

٤ ــ ارتكاب بعض جرائم العنف المفرطة فى الغرابة .

٥ ــ قصر حياة الفصاميين ، إما لكثرة الانتحار بينهم ، أو لسؤ التغذية الذى تنشأ عنه الأمراض ، أو لسوء الرعاية الطبية ، وتجدر الاشارة إلى أن (٥٠ ٪) من مرضى الفصام يحاولون الانتحار ، وأن (١٠ ٪) منهم ينهون حياتهم فعلا .

تشخيص الفصام

يتم تشخيص الفصام من خلال تاريخ المرض وفحص الحالة العقلية الحاضرة ، ولاتوجد اختبارات معملية تشخص الفصام ، ولقد بذلت المحاولات التى سبق ذكرها وغيرها الكثير لتحديد دلالات يمكن الاعتماد عليها فى تشخيص الفصام ، وهذه الدلالات هى :ــ

أ ــ وجود سمات ذهانية فى المرحلة النشطة كما فى (١) أو (٢) أو (٣) ،

واستمرت هذه الأعراض لمدة أسبوع على الأقل (مالم يتم علاجها بنجاح) .

(١) أثنتان مما يلي :ـــ

ـــ ضلالات .

ـــ هلاوس بارزة (أثناء النهار لعدة أيام ، أو تتكرر مرات عديدة أسبوعيا لعدة أسابيع ، وليست مقصورة الحدوث فى لحظات خاطفة وقليلة) .

ـــ عدم الاتساق فى التفكير أو فقد الروابط بين الأفكار بشكل بارز.

ـــ سلوك تصلبى .

ـــ تبلد الوجدان أو عدم مناسبته (تناقضه) بشكل ملحوظ .

(٢) ضلالات مفرطة الغرابة (Bizarre) (بحيث تكون ليست جزءا من ثقافته وغير مقبولة من مجتمعه) .

(٣) هلاوس بارزة ، كما سبق وصفها فى (١) ، على أن لا يكون لمحتواها علاقة ظاهرة بالاكتئاب أو السرور المرضى ، أو أن الهلاوس فى هيئة صوت مستمر يعلق على سلوك الشخص أو على أفكاره ، أو فى هيئة صوتان أو أكثر يتحدثان معا .

ب ـــ خلال مسار الاضطراب يقل انجاز الشخص الوظيفى وتضطرب علاقاته الاجتماعية و يقل اهتمامه بنفسه (وإذا كان طفلا أو مراهقا فإنه يفشل فى تحقيق الانجاز المتوقع منه دراسيا واجتماعيا) .

جـــ يستبعد كل من اضطراب الفصام الوجدانى واضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية ، (وإذا وجدت أعراض لزمة أى من الهوس أو الاكتئاب خلال المرحلة النشطة للمرض ، فإن مدتهما معا يشترط أن تكون قصيرة بالنسبة لمدة الاضطراب شاملة المرحلة النشطة والمتبقية) .

د ـــ يشترط أن تستمر الأعراض لمدة ستة شهور على الأقل ، على أن تشمل مرحلة نشطة (لمدة أسبوع على الأقل إذا لم يتم علاجها بنجاح) تكون أعراضها الذهانية مميزة للفصام (كما سبق فى الفقرة ـــ أ ـــ) سواء صاحب ذلك المرحلة الممهدة أو المتبقية أو لم يصاحبها .

هـ ــ و يشترط أن لا يكون سبب الاضطراب عضوى .

و ــ إذا وجد اضطراب ذاتوى من قبل فإن الفصام لا يضاف كتشخيص إلا إذا وجدت هلاوس أو ضلالات بارزة .

ولا يكفى أن نشخص الفصام بوجه عام ولكن علينا أن نحدد نوعة لأن التنبؤ بمصير المرض يختلف حسب النوع وطبقا لنفس التصنيف فإن أنواع افصام هى :ــ

١ ــ النوع الكتاتونى (Catatonic) :ــ

وهو نوع الفصام الذى يبرز فى صورته الاكلينيكية أى مما يلى :

(١) الذهول الكتاتونى (Stupor) وهى النقص الملحوظ فى التفاعل مع البيئة أو النقص الملحوظ فى النشاط والحركة التلقائية أو كلاهما .

(٢) السلبية الكتاتونية (المقاومة غير الهادفة لكل التعليمات أو محاولات تحريكه) .

(٣) التصلب الكتاتونى (المحافظة على وضع متصلب ضد محاولات تحريكه) .

(٤) الهياج الكتاتونى (السلوك الحركى المضطرب الذى ليس له هدف ظاهرى ولم يستثار بمثيرات خارجية) .

(٥) الوضعة الكتاتونية (اتخاذ المريض لأوضاع إرادية غريبة الشكل وغير مناسبة) .

٢ ــ النوع غير المنتظم (Disorganized) :ــ

وهو نوع الفصام الذى تتوفر فيه المواصفات التالية :ــ

(١) عدم اتساق الأفكار، أو فقد روابط التفكير، أو السلوك الواضح الاختلال .

(٢) تبلد الوجدان أو عدم تناسبه الواضح .

(٣) ولا تتفق مواصفاته مع النوع الكتاتونى .

٣ ــ النوع البارانويدى (الاضطهادى) (Paranoid) :ــ

وهو نوع الفصام الذى تتوفر فيه المواصفات التالية :ــ

(١) الانشغال (انشغال التفكير) بواحد أو أكثر من الضلالات المنتظمة ، أو وجود هلاوس سمعية متكررة تمت كلها لموضوع واحد .

(٢) عدم وجود أى من : عدم اتساق التفكير، أو الفقد الملحوظ فى روابط التفكير، أو تبلد الوجدان أو عدم تناسبه الواضح ، أو السلوك الكتاتونى الواضح الاختلال .

(اذا وجدت المواصفات المذكورة فى كل من ١ ، ٢ خلال المرحلة النشطة للمرض فى الماضى والحاضر فيكون النوع مستقر ١ ــ Stable type) .

٤ ــ النوع غير المتميز (Undifferentiated) :ــ

وهو نوع الفصام الذى يتميز بما يلى :ــ

(١) ضلالات أو هلاوس بارزة ، أو عدم اتساق التفكير، أو السلوك الواضح الاختلال .

(٢) لا تتفق مواصفاته مع الفصام البارانو يدى أو الكتاتونى أو غير المنتظم .

٥ ــ النوع المتبقى (Residual) :ــ

وهو نوع الفصام الذى يتميز بما يلى :ــ

(١) غياب كل من الضلالات البارزة ، والهلاوس البارزة ، وعدم اتساق التفكير، واختلال السلوك الواضح .

(٢) وجود برهان على استمرار الاضطراب بوجود اثنتان أو أكثر من الأعراض المتبقية الا تية :ــ

ــ انهيار مستوى الأداء الوظيفى للشخص عما كان قبل ذلك .

ــ الانسحاب الاجتماعى الملحوظ أو العزلة .

ــ السلوك المفرط فى غرابته (مثل جمع الأ وراق الملقاه فى الطريق ووضعها فى جيبه) .

ــ اهماله الشديد لنظافته الشخصية .

ــ تبلده الوجدانى أو تناقضه .

ـ غرابة الافكار التى تؤثر فى سلوكه ولاتتناسب مع عادات مجتمعه .
ـ خبرات ادراكية غير سوية (مثل أخطاء التأويل المتكررة) .
ـ نقص المبادأة الملحوظ وفقد الاهتمامات ونقص الطاقة .

التشخيص الفارق للفصام

عندما نكون بصدد تشخيص الفصام واستبعاد الاضطرابات الأخرى التى تسبب أعراضا مماثلة علينا أن نراعى مايلى :ـ

١ ـ البحث جيدا عن سبب عضوى خاصة فى وجود أعراض غير معهودة فى حالات الفصام .

٢ ـ فى كل انتكاسه للمرض علينا أن نعيد التقويم وتشخيص المرض من جديد ، مع الأخذ فى الاعتبار امكانية حدوث آفة عضوية أضيفت إلى الفصام الموجود اصلا ، خاصة اذا كان المريض قد سبق تحسنه لمدة طويلة ، أو تغيرت نوعية الأعراض ، (فلقد لوحظ أن عاهات عضوية تجد على مرضى الفصام المزمنين بسبب مايتعرضون له من تكرار سقوطهم أثناء سيرهم بتأثير المهدئات المعطاه لهم) .

٣ ـ يجب الاهتمام بالسؤال عن وجود الأمراض العصبية والنفسية فى أسرة المريض .

أما الاضطرابات التى يجب تمييزها كتشخيص فارق للفصام هى :ـ

١ ـ الاضطراب العقلى العضوى : حيث يوجد أسباب عضوية ينشأ عنها أعراض تشبه الفصام (مثل : تعاطى مادة كالامفيتامين ، أو الصرع النفسى حركى ، أو أفة فى الفص الجبهى لقشرة المخ أو نقص فيتامين ب١٢ ، أو التهاب المخ) ، ولقد سبق توصيف مايميز هذه الاضطرابات .

٢ ـ ادعاء المريض بما يشبه أعراض الفصام : يمكن ادعاء أعراض الفصام لأن التشخيص يعتمد على تقرير المريض ، والمرضى الذين يفعلون ذلك عادة لهم مكسب ثانوى .

٣ ــ الذاتوية الطفلية : وهذا الاضطراب يشخص عندما تكون البداية بعد عمر ثلاثون شهرا وقبل اثنتى عشر عاما ، مع غياب كل من الضلالات والهلاوس وفقد روابط التفكير.

٤ ــ اضطراب الوجدان : قد يصعب التمييز بين اضطراب الوجدان والفصام ولكنه هام ، لأن اضطراب الوجدان قابل للعلاج ، وصعوبة التمييز مرجعها أن أعراض اضطراب الوجدان (خاصة الاكتئاب) شائعة خلال كل مراحل الفصام ، ولكنها قصيرة المدة بالمقارنة بالأعراض الأساسية للفصام ، وقد يكون من الحكمة تأجيل التشخيص أو افتراض وجود اضطراب وجدانى ، لأن ذلك أفضل من التسرع وتشخيص فصام ، (يفشل مريض الفصام فى العودة إلى النمط الوظيفى الأساسى له بعد كل انتكاسه للمرض بخلاف اضطراب الوجدان) .

٥ ــ الفصام الوجدانى : وذلك عند وجود أعراض هوس أو اكتئاب مع أعراض الفصام الأساسية على الأقل لمدة أسبوعين ، مع غياب أعراض وجدانية بارزة فى بعض مراحل المرض .

٦ ــ الاضطراب فصامى الشكل والتفاعل الذهانى قصير المدى : و يتميز أى منهما عن الآخر وعن الفصام بالمدة التى استمر فيها الاضطراب ، فالفصامى الشكل مدته تقل عن ستة شهور بنفس أعراض الفصام ، أما التفاعل الذهانى قصير المدى فأعراض الفصام استمرت لأقل من شهر مع التعرض لظروف ضاغطة أو كرب .

٧ ــ الاضطراب الضلالى : و يشخص فى حالة الضلالات شديدة الغرابة التى استمرت لمدة ستة شهور ، فى غياب الأعراض الاخرى لكل من الفصام واضطراب الوجدان .

٨ ــ اضطراب الشخصية : الذى قد يشبه بعض ملامح الفصام ولكن ليس له بداية محددة مثل الفصام .

انتشار الفصام

لوحظ أن معدل حدوث الفصام (Incidence) (وهو عدد الحالات الجديدة التى تشخص فصام فى سنة ما) يتراوح بين (٠٤٣و٪) و (٠٦٩و٪) من عامة الناس ، بينما معدل الانتشار (Prevalence) (عدد كل حالات الفصام التى شخصت خلال عام سواء كانت جديدة أو قديمة) يتراوح من (٨٥و٪) إلى (٣ ٪)من عامة الناس .. وحدوث الفصام فيما بين الخامسة عشرة والاربعين من العمر، مع زيادة معدل الحدوث فى أواخر العشرينيات من العمر، وانتشار الفصام فى الذكور مثل الاناث ، و يكثر بين غير المتزوجين ، وآخر الاطفال ميلادا فى الاسرة ، و ينتشر بين كل الاجناس ، و يكثر انتشاره فى المدن الكبيرة المزدحمة ، و بين الطبقات الاجتماعية الدنيا (الفقيرة) ، و يزداد ظهور الفصام فى بداية الصيف وفى فصل الخريف .

ولوحظ أن انتشار الفصام يزداد بين الاقارب ، فاذا كان أحد الوالدين مصابا بالفصام فإن نسبة الانتشار بين الأ بناء تصل إلى (١٥ ٪) أما إذا كان كلا من الوالدين مصابا فإن النسبة تصل إلى (٣٠ـــ ٤٠ ٪) ، وفى حالة اصابة أحد الإخوة تكون نسبة الانتشار بين بقية الاخوة (٧ـــ ١٠ ٪) ، أما فى حالة التوائم فإن النسبة أعلى من ذلك كثيرا خاصة فى حالات التوائم المتماثلة .

وتشير احصائيات المستشفيات العقلية إلى أن نسبة مرضى الفصام يمثلون (٥٠ـــ ٦٠٪) من المرضى الذين يتم ادخالهم الى هذه المستشفيات .

أسباب الفصام

لقد حظيت دراسات أسباب الفصام بكم هائل من الدراسات ، واعتادت الكتب التقليدية أن تفرد لهذا الجزء العديد من الصفحات ، رغم أن كل ما تم انجازه فى هذا المجال لا يعدوا أن يكون مجرد نظريات فقط ، ولم يعرف حتى الآن السبب الحقيقى للفصام ، ولعل هناك من يتساءل ما الداعى لذكر هذه الأسباب إذا كانت مجرد نظريات فقط ؟ والجواب هو أن هذا التراث من البحث العلمى

يعد خطوات فى طريق الوصول الى المعرفة الحقيقية للأسباب ، ومهما كانت هذه الخطوات متناثرة و بعضها ابتعد عن الهدف الا أن الكثير منها اقترب من الهدف خاصة الجوانب البيولوجية ، واليها يرجع الفضل فيما تم انجازه من نجاح فى علاج بعض أنواع الفصام .. وفيما يلى سوف نعرض موجزا لأهم هذه النظريات (أو العوامل) :ـــ

١ ـــ العوامل الجينية (Genetic theory)

من خلال الدراسات التى تناولت أسرة الفصامى لوحظ أن معدل الانتشار بين أفرادها أكثر منه بين عامة الناس ، ومن دراسات التوائم لوحظ أن الانتشار بين التوائم المتماثلة يصل إلى (٤٠ ـــ ٦٠ ٪) و بين غير المتماثلة (١٠ ـــ ١٢٠ ٪) ، وكشفت دراسات التبنى (للأطفال الذين أخذوا من أبائهم الفصاميين وربوا فى أسرة غير فصامية) أن معدل الانتشار بينهم هو نفسه كما لو ربوا مع أبائهم البيولوجيين ، كما أن متابعة التوائم المتماثلة الذين تم فصلهم عن بعض وتربيتهم فى أماكن متباعدة كشف عن نفس معدل الانتشار كما لو تم تربيتهم معا .. وخلص من هذا إلى أهمية العامل الجينى فى حدوث مرض الفصام ، ولكن لم يتم الاتفاق هل هو جين أحادى كما يحدث فى مصابى نوبات الصرع الصغرى (Petit mal epilepsy) ، أو متعدد الجينات (polygenic inheritance) كما يحدث فى مرضى السكر .. ولكن عدم تطابق معدل الحدوث بين التوائم المتماثلة يشير الى أهمية العوامل غير الجينية أيضا .

٢ ـــ العوامل البيوكيميائية :ـــ وتعد من أكثر العوامل المسببة للفصام حظا فى الدراسات التى تناولت أسباب الفصام ، وتقسم إلى :ـــ

(١) دور الناقلات العصبية .
(٢) دور الانزيمات .
(٣) دور الاندورفين .
(٤) دور البروستاجلاندين .
(٥) دور الجلوتين .
(٦) دور المناعة .
(٧) دور الفيروسات .
(٨) دور المهولسات والمواد شاذة المثيل .

وسوف نعرض لكل منها بإيجاز ..

(١)دور الناقلات العصبية :ـ

فلقد أشارت الدراسات إلى أن زيادة أو نقص ناقلات عصبية معينة ، أو تغيرها فى المستقبلات قبل المشبكية أو بعدها ، أو وجود أمينات داخلية مولدة للذهان ، يعطى أعراض الفصام .

(أ) زيادة نشاط الدو بامين : وذلك إما لزيادة انتاجه ، أو تراكمه بسبب نقص الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية ، أو زيادة نشاط ثانوى لنقص مثبطات الجابا (GABA) ، أو لزيادة حساسية المستقبلات بعد المشبكية ، أو زيادة تخلق مستقبلات دو بامينية .. وزيادة نشاط الدو بامين تكون بصفة خاصة فى الـ(Mesolimbic) والـ(mesocortical) ، و برهن على ذلك أن مركبات الأمفيتامين التى تفرز الدو بامين يمكنها بالجرعات الكبيرة أن تسبب أعراضا ذهانية لدى الأسوياء ، كما أن مضادات الذهان التى تعد مثبطات لنشاط الدو بامين تقلل من الأعراض الذهانية .

ولكن ضد هذه النظرية : نقص نواتج تمثيل الدو بامين فى السائل النخاعى الشوكى لمرض الفصام ، واعطاء مولد الدو بامين (L—Dopa) لمرضى الفصام يحسن الأعراض السالبة ، رغم أنه يجعل الأعراض الموجبة اكثر سوءا ، كما أن اعطاء أبومورفين (apomorphine) (الذى يعد ذو مفعول مشابه للدو بامين عند المستقبلات) بجرعات قليلة يحدث تحسنا فى الفصامين المزمنين .

(ب) زيادة نشاط النور أدرينالين يسبب حساسية تجاه المثيرات الداخلة الى المخ مما يجعلها تبدو كأعراض ذهانية .. و برهن على ذلك أن بعض مرضى الذهان الحاد قد يتحسنون بتعاطى البر برانولول (Propranolol) الذى يعمل على قفل مستقبلات البيتا الأدرينالية ، كما لوحظ زيادة النورادرينالين فى منطقة الدماغ الأوسط ، وزيادة مادة (٣ـ ميثوكسى ٤ـ هيدروكسى فينيل جليكول) كمخلف أساسى من نواتج تمثيل النورادرينالين خاصة فى مرضى الفصام البارانوى واستخلص من ذلك أن للنورادرينالين دور ضمن مسببات الفصام .

(جـ) نقص عصبونات الجابا (GABA - neurons)، وهى أساسا مثبطة ، خاصة فى منطقة نواة (accumbens) مع زيادة الدو باميين فى نفس المنطقة، كما

لوحظ أن مضادات الذهان تزيد من نشاط الجابا ، وأن الديازيبام الذى يعد ذو مفعول محبذ لنشاط الجابا له مفعول مضاد للذهان فى بعض مرضى الفصام، ولكن بعض الباحثين اعتبر أن نقص الجابا ثانويا للدوبامين والنورأدرينالين .

(د) نقص السيروتونين : حيث لوحظ أن مضادات الذهان تتحد بمستقبلات السيروتونين و يقل مولد السيروتونين (التريبتوفان) فى حالات الفصام الحادة و يزداد مع التحسن الاكلينيكى، كما أن تعاطى الأمفيتامين لمدة طويلة يسبب نقص السيرتونين وهذا يشير إلى أن نقص السيروتونين يلعب دورا فى الفصام .

(و) زيادة الفينيل ايثل أمين (Phenylethylamine) وهوليس ناقل عصبى حقيقى ولكنه يشبه الأمفيتامين فى تركيبه ومفعوله ، حيث وجد زائدا فى البول والدم والسائل المخى الشوكى ، ولوحظ أعلى تركيز له فى الجهاز الطرفى الحشوى خاصة فى حالات الفصام البارانوى المزمن ، ولكنه وجد زائدا أيضا فى مرض الهوس مما يشير إلى أنه يسبب قابلية داخلية للذهان أكثر من كونه عاملا محددا فى مرض الفصام .

(٢) دور الأنزيمات: حيث لوحظ علاقة بين بعض الانزيمات والأعراض الذهانية نذكر منها :ـــ

(أ) الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (M.A.O) : وهذا الانزيم يعد الطريق الأساسى لهدم الناقلات العصبية (خاصة النورأدرينالين والدوبامين والسيروتونين)، التى افترض أنها تلعب دورا فى إحداث الذهان حيث أن نقص نشاط هذا الانزيم يسبب زيادة الناقلات العصبية ، سواء كانت بزيادة نسبتها أو زيادة فاعليتها ، ولما كان نشاط الانزيم (MAO) فى الصفائح الدموية نموذج لنشاطه فى المخ ، فإن نقصه فى الصفائح الدموية فى مرضى الفصام بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، اعتبر دليلا على ارتباطه بمرض الفصام كما أنه لوحظ ارتباط بين انخفاض نشاط الانزيم فى الصفائح الدموية والهلاوس السمعية والضلالات والفصام الاضطهادى بصفة

خاصة، ولكنه لوحظ فى أمراض عقلية أخرى منها الاضطراب ثنائى القطبية والكحولية.

(ب) انزيم الدوبامين بيتا هيدروكسيلاز: وهو انزيم يساعد فى تحول الدوبامين الى نورأدرينالين فى الخلايا النورادرينالية، والعوامل التى تثبطه تسبب تراكما للدوبامين الذى يزيد من الذهان فى مرض الفصام والهوس.

(جـ) انزيم الكاتيكول ـ أو ـ ميثيل ترانزفراز (Catechol-o-methyl transverase) وله دور هام فى تمثيل الكاتيكولامينات، واتهم بتورطه فى انتاج مواد شاذة المثيل، ولكن لاتوجد أدله ثابتة تؤكد زيادة هذا الانزيم أو نقصه فى مرض الفصام، وافترض البعض أن نقص هذا الانزيم ينشأ عنه مواد تشبه الهارمين (harmine) المحدثة للهلاوس بدلا من الميلاتونين ومن ثم تزيد الخلايا الصبغية فى الجلد.

(د) انزيم الكرياتين فوسفوكنياز (creatine phosphokinase) الذى وجد زائدا بدلالة احصائية لدى مرضى الفصام ومرضى الذهان الوجدانى المتوفين حديثا بالمستشفيات، كما لوحظت شذوذات تشريحية وفسيولوجية فى نهايات الاعصاب الحركية للعضلات الارادية فى بعض مرضى الذهان، وقد يكون هذا ناتجا عن شذوذ الناقلات العصبية المركزية أو عدوى فيروسية.

(٣) دور الاندورفين (Endorphins): وهى مجموعة من البيبتيدات التى تشبه الأفيون وتوجد طبيعيا فى المخ، حيث تم التعرف فى بعض الدراسات على نوع الاندورفينات (جاما) لها نشاط يشبه مضادات الذهان، وعلاج بعض مرضى الفصام بها أعطى بعض التحسن، ومن المحتمل أن يكون لمستقبلات الأفيون دور فى تنظيم تخليق وافراز الدوبامين والسيروتونين، الا أن الأدلة على دور الاندورفينات فى مرضى الفصام مازالت غير كافية.

(٤) دور البروستاجلاندين: وهى مجموعات الأحماض الدهنية الضرورية، ومن بينها بروستاجلاندين (E) الذى يقلل افراز الكاتيكولامين، لوحظ أن مضادات الذهان تثبط افراز البروستاجلاندين، بينما تزيد الكاتيكولامينات من افراز

البروستاجلاندين، ولكن مضادات البروستاجلاندين ليس لها تأثير على أعراض الفصام، كما لوحظ أن البروستاجلاندين ــ E يثبط فى حالة نقص الأحماض الدهنية الضرورية خاصة حمض اللينوليك (Linoliec)، وأن تحسنا فى بعض مرضى الاضطراب فصامى الشكل نتج من العلاج بزيت بذور الكتان، التى يزيد فيها أحماض اللينوليك واللينولينك.

(٥) دور الجلوتين: وهو مادة بروتينية فى دقيق القمح اعتبرت عاملا مسببا فى مرضى الفصام حيث لوحظ أن حدوث الفصام قد ازداد باستهلاك القمح فى الحرب العالمية الثانية، وزيادة معدل حدوث مرض السلياك (Celiac) بين مرضى الفصام كما لوحظ زيادة معدل حدوث الذهان فى مرضى السلياك.. وحدث تحسن فى مرضى الفصام الذين تم تغذيتهم بغذاء خالى من الجلوتين واللبن فى دراسة منطبطة منهجيا ولكن الدراسات الأخرى لم تؤكد ذلك.

(٦) دور المناعة: فلقد اقترح أن الفصام يعد أحد أمراض المناعة الذاتية (autoimmune) تنشأ عن وجود أجسام مضادة فى دم الفصاميين، وكأن المستضد (antigen) هو انسجة المخ، و ينتج عن ذلك زيادة نفاذية الجدار الخلوى أو تحطيم الخلية أو وجود مستعمرات من الخلايا اللمفية الشديدة الحساسية، فلقد لوحظ أن معدل الأجسام المضادة للدماغ بين الأسوياء (٥ و٣٪) بينما يصل إلى (٦ و٢٠٪) بين أقارب الفصاميين من الدرجة الأولى.

(٧) دور الفيروسات: حيث افترض البعض أن مرض الفصام ينشأ عن عدوى فيروسية بطيئة المفعول فى اشخاص مهيئين جينيا، و برهن على ذلك بوجود أجسام مضادة للفيروس وجدت فى الدماغ والسائل الشوكى المخى لبعض مرضى الفصام، كما أن التهاب المخ بفيروس الهربس (Herpes Simplex) يسبب لزمة مرضية تشبه الفصام.

(٨) دور المهلوسات والمواد شاذة الميثيل: لوحظ أن المسكالين الذى هو مادة محدثة للهلاوس يشبه فى تركيبه شكلا مثيليا من النورادرينالين، وهذا أدى الى اقتراح أن مواد شاذة الميثيل تنتج داخليا، وتعد مواد مهلوسة داخلية، كما أن اعطاء مادة مطلقة لمجموعة الميثيل مثل المثيونين أو البيتان (betaine) يسبب تفاقم أعراض الفصام، إلا أن تتبع هذه المركبات لم يؤكد الاختلاف فى كمية هذه المركبات المثيليةبين الفصاميين والأسوياء.

٣ ــ العوامل النيوروفسيولوجية : لقد أوحى التشابه فى الأعراض بين بعض آفات الدماغ البؤرية والفصام الى افتراض ان الفصام آفة بالدماغ ، وتأكد هذا بوجود شذوذات فى تخطيط الدماغ لدى مرضى الفصام أكثر منها لدى عامة الناس ، وكشف تحليل موجات تخطيط الدماغ الكهربائى باستخدام الكومبيوتر عن زيادة فى موجات دلتا البطيئة وموجات بيتا السريعة مع نقص فى موجات الالفا ، ولوحظ أن هذا التغير يشبه مايحدث للبالغين عند تعاطيهم عقار ال (L.S.D) المحدث للهلاوس ، كما لوحظ أن هذا النمط من زيادة موجات البيتا ونقص موجات الالفا يحدث فى المجموعة الضابطة من الاسوياء عند الاثارة الحسية أو تنفيذ مهام عقلية ، وهذا يشير الى أن الفصاميين يكونون فى حالة مزمنة من ازدياد اليقظة (hyperarousal) ، التى قد تعنى نقص ترشيح وتكامل المداخل الحسية .

أما طريقة رسم خريطة لنشاط المخ الكهربائى (Brain mapping) التى تظهر خرائط ملونة من تخطيط الدماغ مع بيانات الجهد الكهربى المستثار (Evoked potential) ، فكشفت عن زيادة على الجانبين من نشاط دلتا خاصة فى المناطق الجبهية ، وزيادة نشاط بيتا خاصة فى المنطقة الصدغية الجدارية اليسرى فى مرضى الفصام بالمقارنة بالمجموعة الضابطة من الأسوياء .

ولقد لوحظ أن مرضى الفصام الذين توجد لديهم زيادة من الموجات السريعة (البيتا) يستجيبون أفضل لمضادات الذهان من أولئك الذين تزداد الموجات البطيئة (دلتا) فى تخطيط الدماغ لهم .

٤ ــ العوامل النيوروباتولوجية : كشفت الدراسات (بحقن الهواء فى الدماغ او بتصوير الدماغ المقطعى باستخدام الكومبيوتر ــ CAT ــ) عن ضمور فى الدماغ يؤدى إلى اتساع بطيناته ، خاصة البطين الثالث ، ولوحظ أن هناك ارتباط بين اتساع البطينات والأعراض المزمنة لمرضى الفصام والتى لاتتحسن بالعلاج ، وأن بطينات الدماغ تكون طبيعية فى الحالات الحادة من الفصام وهى التى تتحسن بالعلاج .. ولوحظ عديد من الشذوذات العصبية الطفيفة غير محددة الموضع فى (٦٠ ــ ٧٠٪) من مرضى الفصام ، ينتج عنها علامات عصبية دقيقة

(Soft Signs) (مثل قصور فى التعرف اللمسي والتحكم الحركي والا تزان والمشية أو الرعشة) ، ووجدت علاقة بين هذه العلامات واضطراب التفكير . .

ومن بين الملاحظات النيورو باثولوجية اتساع أخاديد قشرة المخ الذى يوحى بضمور القشرة المخية ، الذى لوحظ فى بعض مرضى صغار السن ومبكرا فى مسار المرض ، مما يؤكد أنه ليس ثانو يا للعقاقير التى أعطيت ، ووجدت علاقة موجبة بين كل من اتساع البطينات وضمور قشرة المخ وبين العلامات العصبية الدقيقة وضعف الشخصية قبل المرض والأعراض الفصامية السالبة ، واستجابة هؤلاء المرضى لمضادات الذهان ضئيلة جدا ومصيرهم عدم التحسن .

ولاحظت الدراسات المجهرية زيادة التليف (gliosis) فى منطقتى الدماغ الأوسط وتحت المهاد فى نسبة تصل الى (٧٠٪) من الفصاميين المزمنين الذين تبرز فى صورتهم الاكلينيكية الأعراض السالبة ، (عادة مايتم التليف كاستجابة لتلف عصبونى) ويحدث بكثرة فى المناطق القاعدية الجبهية من الدماغ ، وهى متفقة مع ملاحظة اتساع البطينات فى نسبة معينة من مرضى الفصام ، وهذا التلف العصبونى يؤكد القول بأن الفصام ناتج عن عدوى فيروسية فى بعض أنواعه .

وهذه المشاهدات تؤكد مفهوم أن الفصام فى بعض أنواعه يعد مرضا فى الدماغ خاصة التى لها أعراض سالبة واستجابة ضئيلة للعلاج ومصيره عدم التحسن .

٥ ــ العوامل النفسية :ــ ويمكن أن نلخصها فيما يلى :ــ

(١) نقص ترشيح المثيرات الحسية : يصف بعض الفصاميين خبرة ذاتية من تغير الادراك ، حيث يواجهون بفيض من المثيرات فى الحالات الحادة تسبب تشتتهم ، و يفسر الانسحاب والتصلب الكتاتونى على أنه محاولات لتقليل فيض المثيرات ، كما تفسر الضلالات على أنها إعادة لتنظيم هذه المثيرات المضللة التى لايمكن فهمها على ضوء العلاقة بالواقع ، ومن ثم استنتج أنه لدى الفصاميين نقص فى ترشيح المثيرات الحسية أو اختلال وظيفة المداخل الحسية ، مما يسبب حملا زائدا من المثيرات ينشأ عنه زيادة اليقظة .

(٢) الصراع (Conflict) : حيث أكد (فرو يد) و (فينخل) على أن الذهان يشبه العصاب فى وجود الصراع اللاشعورى ، ولكن فيه انهيار الدفاعات فى مواجهة النزعات ، و ينكص الفصامى إلى مراحل مبكرة من النمو النفسى .

(٣) ضعف الانا (Ego) : الذى قد يكون فطريا أو مكتسبا نتيجة لنقص الأمومة و ينشأ عنه نقص التمييز بين النفس والموضوع ونقص تناغم الوظائف النفسية وتكاملها و بدائية الدفاعات والصراع المتولد حول العدوان ، مما يؤدى إلى نقص المقاومة لكل أنواع الضغوط وفقد العلاقة بالواقع .

(٤) اضطراب العلاقة بالآخرين التى تعود إلى مراحل نمو الطفل الأولى ، حيث انعدام الثقة فى الآخرين والحساسية الشديدة تجاه عدم قبوله منهم ، الأمر الذى يجعله هشا يميل للانسحاب والذاتو ية كحيل للمحافظة على أمانه الداخلى واعتباره لذاته وتجنبه القلق ، وهذا يفصله عن الواقع أكثر و يزيد من رفض الآخرين له ، فيزداد احباطه أكثر و يتهدد اعتباره لذاته أكثر .

(٥) اختلال العلاقة الباكرة بالموضوع ، حيث اعتبرت (ميلانى كلاين) أن الشهور الأولى من حياة الطفل وماينشأ خلالها من مشاعر موجبه أو سالبة تجاه النفس والآخرين — هى أساس الموقف البارانوى الفصامى وتكو ين دفاعات مرضية تظل إلى الحياة البالغة .. بينما ركز (فير بيرن) (Fairbairn) على انشقاقات الأنا التى تتداخل مع وظائفه التكيفية وتكامله واختباره للواقع ، وهذه مع العلاقات غير الناضجة للموضوع تمنع الانتقال من الاعتمادية الفمية إلى الاعتمادية الناضجة المبنية على التمييز بين النفس والآخر .. أكد (و ينكوت) (Winnicott) أن تكامل الأنا المنفصل يتبلور فى احساس ثابت بالنفس ، وأن الأم الطيبة تنمى نفسا حقيقية بينما تنمى الام غير الطيبة نفسا زائفة تتحطم فى الذهان .

٦ — **العوامل البيئية** : وتركزت على التفاعل الأسرى وعلاقة الوالدين بالطفل كما يلى :—

(١) الرابطة المزدوجة فى التعامل مع الأطفال : بان يصدر أحد الوالدين أمرا للطفل و يقصد به عكسه ، فيصل الأمران معا (افعل ولا تفعل) إلى ادراك

الطفل فيربكه خاصة إذا عوقب على أى منها (الفعل أو عدم الفعل) ، وهذا يعكس عدم وضوح التفكير المنقول إليه من العالم الخارجى ، وهذه النظرية وضعها (باترسون) عام١٩٥٦ .

(٢) سيطرة أحد الوالدين وانعزال الآخر وضعفه ، وهذا هو مفهوم (Skew) ، مع الطلاق العاطفى بين الوالدين ، وهذا هو مفهوم (Schizm) ، الأمر الذى ينشأ عنه تشوه فى هوية الأطفال مما يهيئهم لمرض الفصام ، وهذه نظرية (ليدز) عام ١٩٦٥ .

(٣) التفكير المختل فى عائلات الفصاميين مع التهيئة الوراثية يلعبان معا دورا مشتركا فى إحداث الفصام ، حيث لوحظ أن اضطراب التفكير فى (٤٥ ٪) من أباء الفصاميين بالمقارنة بنسبة (١٩ ٪) فى آباء غير الفصاميين ، و يشبه هذا بوضع برامج خاطئة (مختلة) فى كومبيوتر هو أصلا معيب ، وهذه نظرية (واين وسنجر) .

(٤) التعرض لكرب (stress) : فادراك الشخص لموقف الكرب واستشعاره الخطر المصاحب بافراز وفرة من الادرينالين ، يحدث خطئا بيوكيميائيا ينتج مواد سامة مولدة للذهان ، وهذا يزيد من الشعور بالكرب ومايتبعه من استشعار الخطر فزيادة الخطأ البيوكيميائى ، و يظل الفصامى فى دائرة مفرغة من الكرب والمرض .

علاج الفصام

نظرا لأن مرض الفصام يعد فى نسبة كبيرة منه مرضا مزمنا حيث يمثل (٥٠ــ ٧٠ ٪) من المرضى الذين تطول إقامتهم بالمستشفيات العقلية ، وغالبا لا يعود الشخص إلى سابق عهده من الانجاز والأداء الوظيفى ، فإن هذا يجعل مبدأ « الوقاية خير من العلاج » هاما للغاية ، بالاضافة إلى علاج الحالات المرضية ما أمكن ذلك .. سوف نفصل ذلك فيما يلى :ــ

أولا العلاج الوقائى : وذلك بتقليل زواج الفصامى ما أمكن ، وإذا تزوج فلا يكون من فصامية ، وألا ينجب أكثر من طفل واحد ، لأن التهيئة الوراثية للمرض تنتقل إلى الأ بناء بنسبة (١٥ ٪ــ ٤٠ ٪) ، كما ينصح بعدم الزواج من أقاربه .

ثانيا العلاج للحالات المرضية : ان الاختلال الذى يصيب العديد من الوظائف النفسية فى مرض الفصام يتطلب عدة مداخل علاجية تساهم معا فى الاخذ بيد المريض الى الشفاء أو التحسن ، وهذه المداخل هى :ــ

١ ــ العلاج الكيميائى : و يشمل العلاج بمضادات الذهان (Antipsychotics) وغيبوبة الانسولين (Insulin coma) .

(١) مضادات الذهان (أو مضادات الفصام) وهى مجموعة المطمئنات العظمى ، والتى سيرد تفصيلها فى باب العلاج .

(٢) غيبوبة الانسيولين : حيث تعطى حقنة الانسولين بالعضل صباحا ، وتزداد الجرعة حتى تحدث الغيبوبة ، ثم تقطع الغيبوبة باعطاء جلوكوز خلال أنبوبة الى المعدة بعد نصف ساعة ، وإذا لم يفيق يعطى (٤٠ ــ ٨٠ سم٣) جلوكوز بتركيز (٣٣٪) حقنا بالوريد ، وعندما يفيق يعطى وجبة افطار خفيفة ، و يكرر هذا خمسة مرات اسبوعيا ، ولقد توقف استخدام هذه الطريقة من العلاج فى أغلب الدول الأوربية بسبب التقدم الذى تحقق فى مضادات الذهان ومضاعفات هذه الطريقة وهى (استمرار الغيبوبة والموت ، أو تلف الدماغ ، أو حدوث تشنجات أثناء الغيبوبة) .

٢ ــ العلاج الكهربائى المحدث للتشنجات (Electro convulsive therapy) :

و يستخدم فى بداية الفصام أو فى الحالات الحادة أو المصاحبة بأعراض تصلبية (كتاتونية) ، أو المريض الخامل المتبلد أو حالات الفصام المصاحبة بأعراض اضطراب وجدانى وأحيانا يكون مبرر اعطائه هو تقليل جرعة مضادات الذهان اللازمة للسيطرة على الأعراض الذهانية .. وسوف يرد تفصيله أيضا فى باب العلاج .

٣ ــ العلاج النفسى :ــ

(١) العلاج الفردى : و يهدف إلى تدعيم المريض من خلال العلاقة العلاجية ، التى قد يصعب تكوينها بسبب شك المريض وقلقه ، وعدم راحته للألفة

الحميمة ، وخوفه من نزعاته التدميرية ، ولكى يتغلب المعالج على ذلك يجب أن يكون نشطا مهتما وصادقا ومتعاطفا .. والفهم الدينامى يكون أن يقلل من قلق المريض وجعله يتخلص من ضلالاته ، وتشجيعه على التعامل مع الحياة الواقعية من حوله .. ويمكن أن يعمل المعالج كأنا مساعد للمريض (Auxiliary Ego) فى حالة استمرار خلل الأنا الخاص بالمريض ، بهدف مساعدة المريض التعرف والتعامل مع الحياة الواقعية والمشاكل اليومية .

ونادرا مايمكن عمل علاج نفسى عميق فى حالات الفصام لأنه يستلزم مريضا مناسبا ، حيث يعتمد على قوة الأنا لدى المريض إلى الحد الذى يمكنه من تحمل انفعالاته العنيفة والتحكم فى نزعاته والتمييز بين نواحى الطرح فى العلاقة العلاجية ، فمن خلال الفهم التدريجى لأعراضه الذهانية ومعناها ، ومواجهة مخاوفه وصراعاته تجاه الجنس والعدوان ، وتحمل صراعاته الداخلية والخارجية دون نكوص لدفاعات ذهانية ، يحقق احساسا ثابتا بالنفس وقدرة على التآلف والتوافق النفسى بحل الصراعات النفسية (أو قبولها) وتقبل العالم والتكيف معه .

وتعد العلاقة العلاجية النفسية هى المدخل لكل الطرق العلاجية المختلفة سواء كانت جسمانية أو اجتماعية أو نفسية .

(٢) العلاج النفسى الجماعى : و يتم بوضع المريض ضمن مجموعة من المرضى فى وجود المعالج ومساعده ، حيث تنمى المهارات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين مع اعطاء التدعيم والمساندة من المجموعة للمريض ، وقد يأخذ صورة ممارسة أنشطة جماعية .

(٣) الجو العلاجى (Milieu therapy) : يوضع المريض فى جو علاجى معد مسبقا بواسطة فريق العلاج ، الذى يستطيع من خلال المشاركة المبدئية مساعدة المريض على ضبط نزعاته واختبار الواقع وتقليل القلق والاثارة البيئية مع مساعدته فى العناية بنظافة ورعاية نفسه ، كما يشجع الفريق العلاجى المريض على الاندماج فى المجموعة والتفاعل مع المرضى الآخرين مع السماح ببعض الخصوصيات للمريض .

٤ ـ العلاج الاجتماعي :ـ

و يشمل جانبى الأسرة والعمل .

(١) علاج الاسرة : بشرح حالة المريض للأسرة ومساعدتهم على تقبل مشاكله ، وقد يلزم إجراء بعض التغيير فى سلوكيات الأسرة لتقليل الانتكاس لحالة المريض ، حيث لوحظ ان العداء وكثرة الانتقاد الموجه للمريض أو الانغماس معه فى أعراضه الذهانية ، يزيد من معدل انتكاس مرضى الفصام ، وهذه المؤشرات الثلاثة (العداء والانتقاد والانغماس) تصف الجو الانفعالى فى الأسرة (E.E) ، والذى كلما ازداد كان سببا لانتكاس المريض .

(٢) العلاج المهنى : وذلك بجعل المريض يستمر فى عمله ما أمكن ، أو إيجاد عمل مناسب له إذا لم يعد قادرا على أداء وظيفته السابقة ، وقد يتم ذلك داخل المستشفى بعد تحسنه كعلاج بالعمل ، ولكن يفضل اخراجه والحاقه بعمل مناسب .

مكان العلاج :ـ

أما مكان العلاج فهل يتم داخل المستشفى أو خارجه ؟ وما هى دواعى ادخال المريض الفصامى لمستشفى أمراض عقلية ؟.. نلاحظ أن أسرة المريض خاصة فى المجتمع المترابط هى الاكثر حرصا عليه ورعايته وحسب توجيهات الطبيب المعالج ، ولذا يفضل علاج المريض مع أسرته لربطه بالواقع وعدم عزلته عن حياته العادية ، وخاصة إذا كان جو الأسرة الانفعالى مناسبا وضغوطها النفسية ضئيلة .. ولكن هناك دواعى لادخال المريض المستشفى وهى :ـ

١ـ لملاحظة المريض وتشخيصه واجراء الاستقصاءات النفسية والاجتماعية والجسمانية اللازمة .

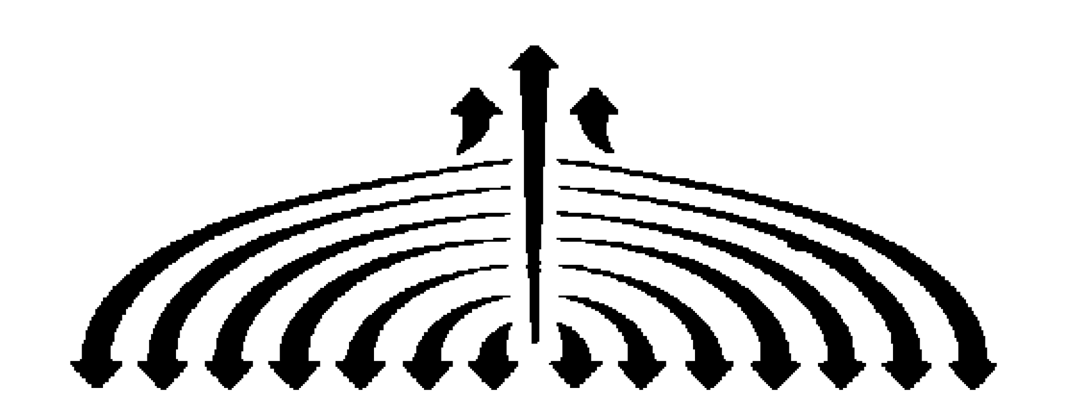
٢ـ حماية المريض أو المحيطين به من نزعاته العدوانية التى لايمكن ضبطها خارج المستشفى .

٣ـ ابعاده عن الضغوط الأسرية أو البيئية التى قد تساهم فى تدهور حالته .

٤ـ رفض المريض العلاج وعدم استطاعة الأهل تنفيذ البرنامج العلاجى .

استمرارية العلاج :ــ

فى حالة تحسن مريض الفصام تقلل الجرعة إلى النصف أو الثلثين من الجرعة المعطاة فى المرحلة النشطة ، و يراعى أن يستمر علاج الفصامى بعد تحسنه لمدة عام من تحسن المريض وخروجه من المستشفى مع متابعته وتقويمه فى نهاية هذه المدة وتقليل الجرعة أو إيقاف العقاقير.. و يفضل أن يتم ذلك بمضادات الذهان طو يلة المفعول التى تعطى حقنا بالعضل .



الفصل الثالث

مقدمة :ـ

١ ـ رجل فى الأربعين من عمره صاحب عمل حر ، حضرت معه زوجته باكية من اتهامه لها بالخيانة الزوجية ، ورغم انه ناجح فى عمله ولديهما اطفال و يعيشون فى بحبوحة من العيش الا أن شكوكه التى بدأت من شهرين حولت حياتهم الى جحيم لايطاق ، لدرجة أنه اصبح يراقب تصرفاتها داخل وخارج البيت ، وحتى أثناء نومها .. بفحصه نفسيا لوحظ وجود ضلالات الخيانة وعدم الاستبصار ، وفيما عدا هذه الضلالات فحكمه على الأمور سليم .

٢ ـ سيدة فى الثانية والاربعين من عمرها أرملة تعمل بالتجارة ، احضرتها اختها لتوهمها أن الاخرين يضطهدونها وتتشكك فى تصرفاتهم ، وأصبحت لاتنام وكثر شجارها ضمشاكلها مع المحيطين بها .. و بفحصها نفسيا لوحظ وجود ضلالات الاضطهاد وعدم الاستبصار ، وحكمها على الامور سليم عدا مايرتبط بالضلالات السابقة .

هذان المثالان لحالات اكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع اهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟ .

الاضطراب الضلالى

وهو اضطراب تسود فيه الضلالات أو الضلالات المنتظمة دون سبب عضوى وتغيب فيه أعراض اضطراب الوجدان والفصام ، وليس هناك اعراض اخرى يجدر ذكرها غير أن الوجدان يكون مناسبا لمحتوى الضلالات ، وتظل شخصية المريض متماسكة الى حد كبير واختباره للواقع سليم نسبيا .

اطلق (اسكيرول) (Esquirol) عام (١٨٣٨) على هذا المرض الهوس احادى العرض (Monomania)، وفى عام (١٨٦٣) اطلق عليه (كالبوم) (Kahlbaum) اسم (بارانويا) (Paranoia)، وفى عام (١٩٢١) وصفه (كريبلين) على أنه بارافرينيا (Paraphrenia) وميزه عن الفصام بغياب الهلاوس والأعراض الذهانية الأخرى وغياب تدهور الشخصية، وفى عام (١٩٨٠) وصف فى الدليل الاحصائى التشخيصى الثالث (DSMIII) على أنه بارانو يا مزمنة (ومن بينها البارافرنيا) وأخرى حادة، وأخيرا فى عام (١٩٨٧) صنفه الدليل الاحصائى التشخيصى الثالث المراجع (DSMIII-R.) تحت اسم الاضطرابات الضلالية ليشير بذلك إلى أن محتوى الضلالات ليس محصورا فى الاضطهاد ، وأن الاضطهاد ليس ضروريا لتشخيص هذا الاضطراب .

الصورة الاكلينيكية :ـ

وأهم مايميز صورة هذا الاضطراب الاكلينيكية هو وجود ضلالات غير مفرطة فى الغرابة ، ولاترجع الى مرض عقلى آخر (مثل الفصام أو اضطراب الوجدان) وليس هناك سبب عضوى يكمن خلف هذا الاضطراب .. وموضوعات الضلالات عادة هى الحب أو العظمة أو الغيرة أو الاضطهاد أو ذات محتوى جسمانى .. و بناء على الموضوع الضلالى البارز يكون نوع الاضطراب ، ومن ثم فأنواع الاضطراب الضلالى هى :ـ

(١)هوس المحب : (Erotomanic) :ـ

حيث تسيطر على الشخص ضلال (اعتقاد) أنه محبوب من آخر حبا رومانسيا لدرجة الالتحام الروحى ، وعادة يكون هذا الآخر من طبقة عالية أو شخص مشهور أو رئيس فى العمل ، وقد يكون غريبا عن الشخص صاحب الضلال تماما ،

وقد يبذل المضطرب (صاحب الضلال) مجهودات للاتصال الشخصي بموضوع الضلال خلال التليفون أو الخطابات أو الهدايا أو الزيارات أو الملاحظة المستمرة أو اعتراضه ، وقد يحفظ ضلالاته سرية لا يبوح بها رغم هذه المجهودات .

و يكثر انتشار هذا الاضطراب بين الاناث فى الممارسة الاكلينيكية ، بينما يلاحظ انتشاره اكثر بين الذكور فى مجال الطب النفسى الشرعى ، وذلك لمحاولاتهم الامساك بالشخص موضوع الضلال ، فيخالفون القانون بذلك وقد يكون وقوعهم تحت طائلة القانون بسبب محاولات حمقاء يبذلونها لانقاذ الشخص موضوع الضلال من خطر وهمى .

(٢)العظمة الضلالية (Grandiose) :ـ

يعتقد الشخص بما لا يدع مجالا للشك أنه عظيم ولكنه غير معروف ، أو أنه اكتشف اكتشافات هامة ، و يتقدم احيانا لهيئات حكومية ليسجل هذه الاكتشافات (الوهمية) ، وقد يعتقد أنه على علاقة خاصة بشخص بارز (كنجم سينما مشهور أو أنه مستشار لرئيس الدولة) ، وقد تحمل ضلالات العظمة محتوى عقائديا (دينيا) يسيطر بها الشخص على مجموعات من الناس و يصبح قائدا لها .

(٣) الغيرة الضلالية : (Jealous) :ـ

وفى هذا النوع يكون المضطرب مقتنعا تماما ودون سبب بان زوجته أو محبوبته تخونه ، ويجمع أدلة واهية ليؤكد خيانتها و يقوى من ضلالاته بهذه الأدلة ، وغالبا يقدم على خطوات غير عادية تحت سيطرة الضلالات فيواجه زوجته بذلك وقد يحبسها فى المنزل و يغلقه عليها ، أو يمنع خروجها بمفردها أو يتتبعها سرا ، وكثيرا مايعتدى عليها بالضرب .

(٤) الاضطهاد الضلالى : (Persecutory) :ـ

وهو أكثر أنواع الاضطراب الضلالى شيوعا ، وقد تكون الضلالات بسيطة أو معقدة ، وعادة تشمل موضوعا واحدا أو مجموعة موضوعات مرتبطة ببعضها ، مثل أن هناك من يتآمرون ضده ، أو من يحتال علية أو يتجسس عليه أو يتتبعه أو يدس

له سما أو عقارا ، أو يحقد عليه بخبث أو يضايقه أو يعترضه فى تحقيق أهدافه .. فى بعض الحالات تكون بؤرة الضلالة هى العدل أو الحق الذى يتطلب موقفا قضائيا وهذا مايطلق عليه البارانوى كثير التشكى (Querulous Paranoia) ، وهؤلاء الاشخاص غالبا يندمجون فى مجالات متكررة للحصول على الاشباع بواسطة الشكوى امام المحاكم والهيئات الحكومية الأخرى ، وأصحاب الضلالات الاضطهادية غالبا عدوانيون سريعوا الغضب و يلجأون للعنف ضد من يعتقدون انهم يؤذونهم .

(٥) الضلالية الجسمانية : (somatic type) :ـــ

وتحدث الضلالات الجسمانية بأشكال مختلفة أكثرها شيوعا اقتناع الشخص خطأ أنه تخرج منه رائحة كريهه من جلده أو من فمه أو من فتحة الشرج أو من الفرج ، أوأنه لديه عدوى الحشرات على جلده ، أوأنه لديه عدوى طفيلية داخلية ، أوأن جزءا من جسمه قبيح الشكل أوأن جزءا من جسمه (مثل الأمعاء الغليظة لاتعمل ، وعادة مرضى الضلالات الجسمانية يذهبون إلى الأطباء العضويين للعلاج ، أو لجراح تجميل لتصحيح الجزء الذى يتصور أنه قبيح فيجد الجراح أن الجزء لايحتاج الى تصحيح وأن أى تدخل جراحى سوف يحدث تشوها فيرسله إلى الطبيب النفسى .

الانتشار:

يعد الاضطراب الضلالى غير شائع الانتشار، حيث قدرت نسبته فى الولايات المتحدة الأمريكية (٠٣و٠ ٪)، وربما يكون السبب أن حالاته لاتمثل للتشخيص الاكلينيكى ، وهو أكثر بين الاناث و بين الأقارب من الدرجة الأولى .

المسار والاعاقة :ـــ

عادة يبدأ الاضطراب الضلالى فى متوسطى العمر (٤٠ ـــ ٥٥) وقد يبدأ مبكرا، أو متأخرا عن ذلك ، ومساره متفاوت من حالة لأخرى ، فأحيانا يصبح مزمنا (خاصة النوع الاضطهادى) ، وأحيانا يمر بفترات من الهوادة يعقبها فترات

أخرى من الاشتداد، وفى بعض الحالات يظل الاضطراب شهورا قليلة ثم يختفى دون انتكاس .

ونادرا مايعوق الاضطراب الضلالى الاداء اليومى للشخص ، حيث أن ذكاء الشخص وقدرته الوظيفية لاتتأثر حتى عندما يصبح الاضطراب مزمنا ، ولكن الذى يتأثر غالبا هو علاقات الشخص الاجتماعية والزوجية ، و بصفة عامة فإن المصابين بهذا الاضطراب عاديون فى مظهرهم وسلوكهم مالم تناقش ضلالاتهم .

التشخيص :ـ

يشخص الاضطراب الضلالى فى حالة الضلالات غير مفرطة الغرابة التى تستمر لمدة شهر على الأقل ، وإذا وجدت هلاوس تكون غير بارزة (كالتى فى مرض الفصام) ، والسلوك والتصرفات ليست غريبة الافيما يتعلق بالضلالات من سلوكيات ، وإذا صاحبها اضطراب وجدان تكون مدته قصيرة بالمقارنة بمدة الاضطراب الضلالى ، ولاتنطبق مواصفاتها (الحالة) على الفصام وليس هناك سبب عضوى لها .. ويحدد أحد الأنواع السابقة .

التشخيص الفارق : قد تتشابه الحالات الآتية مع الاضطراب الضلالى :ـ

١ ـ **الاضطراب العقلى العضوى :** خاصة الخرف فى مراحله الأولى والاضطراب الضلالى العضوى (مثل الناشىء عن تعاطى الامفيتامين أو ورم بالمخ) قد يتشابهان مع الاضطراب الضلالى ولكن وجود السبب العضوى يميز بينهما

٢ ـ **الفصام (النوع الاضطهادى)** أو الاضطراب فصامى الشكل ولكن يميزها عن الاضطراب الضلالى وجود هلاوس بارزة أو ضلالات مفرطة الغرابة ، مع تدهور الأداء الوظيفى والاجتماعى للشخص .

٣ ـ **اضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية :** حيث تكون الضلالات أيضا غير مفرطة الغرابة ولايصاحبها عادة هلاوس بارزة ، فالتمييز هنا يعتمد على العلاقة الأساسية بين الاضطراب الوجدانى والضلالات ، حيث أن بدء اضطراب الوجدان يسبق ظهور الأعراض الذهانية و يظل موجودا بعد تحسنها ،

واضطراب الوجدان يكون شديدا (هذا فى حالة اضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية) ، أما فى حالة الاضطراب الضلالى فإن أعراض اضطراب الوجدان أخف حده، ومدته قصيرة (ان وجد) بالمقارنة بمدة الاضطراب الضلالى .

٤ ـ اضطراب توهم اختلال شكل الجسم (Body dysmorphic disorder) : وهو الانشغال بقصور متخيل فى مظهر الجسم أو فى عضو منه، ولكنه يتميز عن النوع الجسمانى من الاضطراب الضلالى أن توهمه ليس فى درجة الضلال حيث يمكن اقناعه أن انشغاله وتوهمه لامبرر له .

٥ ـ اضطراب الشخصية البارانوية (الاضطهادية) :ـ
حيث توجد أفكار اضطهادية أو خيانة مرضية ولكن لاتصل إلى درجة الضلال .

٦ ـ الاضطراب الذهانى غير المصنف فى مكان آخر: يشخص إذا كانت المدة أقل من شهر والضلالات غير مفرطة الغرابة ، ولاتوجد ضغوط اجتماعية نفسية واضحة كما فى حالة التفاعل الذهانى قصير المدى .

أسباب الاضطراب الضلالى :ـ

أسباب الاضطراب الضلالى ليست معروفة إلى الآن ، وهناك اتجاه يقول بأنها أحد أنواع الفصام أو اضطراب الوجدان الفرعية ، إلا أن الدراسات الأسرية أشارت إلى أن الاضطراب الضلالى مستقل عنها ، حيث لوحظ أنه لايزداد حدوث الفصام واضطراب الوجدان فى عائلات مرضى الاضطراب الضلالى ، ولم يلاحظ زيادة حدوث الاضطراب الضلالى فى عائلات مرضى الفصام ، كما أن هذا الاضطراب لايتحول إلى الفصام أو اضطراب الوجدان إلا نادرا ، و بدايته فى سن متأخرة عما هى فى الفصام واضطراب الوجدان ، كل هذا يرجح أن الاضطراب الضلالى ليس أحد أنواع الفصام أو اضطراب الوجدان .

وهناك محاولات بيولوجية لربط مايحدث فى هذا الاضطراب من ضلالات مركبة ومايحدث فى بعض حالات الأمراض العصبية خاصة التى تشمل الجهاز الطرفى والنوى القاعدية، ولكن التفسيرات النفسية الدينامية أكثر اسهاما فى هذا

الاضطراب ، حيث لوحظ أن هؤلاء الأفراد لديهم حساسية زائدة مع شعور بعدم الامان ، مثل الخوف من أن يصبح جناسي مثلي (لواطى) (homosexual)، ولوحظ أن الانا (Ego) يتخذ حيلا دفاعية هى التكوين العكسى والاسقاط والانكار، ورغم أنه لاتوجد ادلة بحثية تقرر العلاقة السببية بين عوامل دينامية محددة وحدوث الأعراض الضلالية إلا أن الخبرة الاكلنيكية تشير إلى ان المرضى يفيدون من العلاج النفسى .

ولقد اعتبر (فرويد) أن تكون الضلال الاضطهادى دفاع ضد الميول الجنسية المثلية باستخدام حيل الانكار والاسقاط الدفاعية هكذا .

(١) شعور (أنا أحبه) يتم انكاره ، و يتغير بواسطة التكوين العكسى الى

(٢) أنا لاأحبه، أنا اكرهه .. هذا الشعور يتحول خلال الاسقاط الى

(٣) لست أنا الذى اكرهه، هو الذى يكرهنى .. وهذا هو مايظهر فى مرض

(٤) انه يضطهدنى. و بدلا من استشعار الميول الجنسية المثلية السالبة فإن المريض يرفض حب أى شخص عدا نفسه .

أما فى ضلالات الحب يغير الشعور (أنا أحبه) الى (أنا أحبها) وهذا الشعور خلال الاسقاط يصبح (هى تحبنى) .. وفى ضلالات الغيرة محاولة لابعاد تهديد الميول الجنسية المثلية ، حيث يتغير شعور (أنا أحبه) الى (أنا لا أحبه) (هى تحبه) .. ونفس هذه الديناميات النفسية فى حالة الاناث .

و يذكر أحد الباحثين أن هناك سبعة أشياء تسهم فى حدوث الاضطراب الضلالى هى :ـ

١ ـ زيادة توقع المعاملة القاسية .

٢ ـ العزلة الاجتماعية .

٣ ـ وجود مواقف تزيد من عدم الثقة والشك .

٤ ـ وجود مواقف تزيد من الحسد والغيرة .

٥ ـ وجود مواقف تقلل من اعتبارات الذات .

٦ ــ وجود مواقف تبرز للشخص تقصيره بالنسبة للآخرين .

٧ ــ وجود مواقف تزيد القابلية للاجترار (إعادة التفكير مرارا) حول المعانى المحتملة والدوافع .

و يرى أن تآلف أى من هذه المواقف يؤدى إلى احباط لا يمكن للشخص تحمله ، فيصبح قلقا منسحبا و يسقط فى يديه أن هناك شىء ما خطأ و يبحث عن تفسير لذلك ، فتكون الضلالات التى تقدم الحل ، وظهور الضلالات (مشتملة على أشخاص وهميين ودوافع وهمية) ينتج عنه تكون مايسمية المجتمع الزائف (Pseudocommunity) .

وأشارت الملاحظة الاكلينيكية أيضا أن بعض المرضى البارانو يين يخبرون نقصا فى الثقة فى استقرار العلاقات ، يعزى للجو الأسرى العدائى المستمر فغالبا ماتكون الأم مسيطرة والأب متباعد (أو غائب) أو سادى ، حيث يستخدم التكوين العكسى كدفاع ضد العدوان والحاجة للاعتمادية ومشاعر العطف ، فالحاجة إلى الاعتمادية تحول الى استقلال مبالغ فيه ، والانكار يستخدم لتجنب الوعى بالواقع المؤلم ، و يسقط رفضه وغضبه على الآخرين ، والاسقاط هنا لحماية الشخص من التعرف على النزعات غير المقبولة فى نفسه .

فالشعور بالدونية تؤدى من خلال التكوين العكسى والاسقاط إلى ضلالات العظمة وضلالات الحب استبدال لمشاعر الرفض (أو اسقاط للحب النرجسى المستخدم كدفاع ضد نقص اعتبار الذات والانجراح) أما الضلالات الجسمانية فتفسر ديناميا كنكوص إلى النرجسية الطفلية ، حيث يسحب المريض ارتباطه العاطفى بالآخرين و يركزه على جسمه فى ضلالات .

العلاج :ــ

يدخل المريض مستشفى إذا كانت هناك خطورة منه على نفسه أو على الآخرين (الانتحار أو القتل) .. و يعطى مطمئنات عن طريق الحقن إذا كان فى حالة (هياج) .

أما فى الـحالات غير الـخطيرة فيكون المعالج علاقة ثقة مع المريض أولا ، ثم يصف له عقاقير من مضادات الذهان و يوضح له أعراضها الـجانبية حتى لا يشك فى نوايا الطبيب عند ظهور الأعراض الـجانبية ، و يكون البدء بجرعات صغيرة وتزاد ببطء حتى تتحقق درجة مناسبة من التحسن ، وإذا فشل العلاج لمدة ستة أسابيع تعطى مجـمـوعـة أخـرى مـن مضادات الذهان ، و يلاحظ أن سبب الفشل عادة هو عدم تعاطى العلاج ، و يصاحب ذلك العلاج النفسى الفردى .



الفصل الرابع

مقدمة :ـ

فتاة فى الثامنة عشرة من عمرها طالبة بالصف الثالث الثانوى ، تعرضت لصدمة عاطفية من اسبوع مضى ، فأصابها الأرق وأصبحت تسمع أصواتا تنادى عليها لايسمعها من حولها ، مع شعورها باضطهاد من المحيطين بها المصحوب بالخوف ، مع تصرفات غريبة من صراخ وهياج ورسم على جسدها .. بفحصها لوحظ أنها مشتتة الانتباه ومضطربة الاهتداء بالنسبة للزمان والمكان مع افكار اضطهادية وارتباك وقلق وعدم استبصار واضطراب الحكم على الأمور.

هذا مثال لحالة اكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع أهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟

الاضطرابات الذهانية غير المصنفة فى مكان آخر

وهى مجموعة من الاضطرابات التى لم يمكن (حتى الآن) تصنيفها ضمن المجموعات الذهانية الأخرى (الاضطراب العقلى العضوى والفصام والاضطراب الضلالى أو الاضطراب الوجدانى المصاحب بأعراض ذهانية)وهى :ـ

١ ـ تفاعل ذهانى قصير المدى (Brief Reactive Psychosis) .

٢ ـ الاضطراب فصامى الشكل (Schizophreniform disorder) .

٣ ـ اضطراب الفصام الوجدانى (Schizoaffective disorder) .

٤ ـ الاضطراب الذهانى المستحث (Induced Psychotic disorder) .

٥ ـ الاضطراب الذهانى الذى لايمكن تحديده كنوع مختلف (غير المطابق للأنواع السابقة) (Atypical Psychosis) (Psychotic disorder not otherwise specified)

١ ـ التفاعل الذهانى قصير المدى (محدود المدة)

و يتميز ببداية حادة لأعراض ذهانية بعد ظرف ضاغط فى حياة المريض ، وتظل لمدة تقل عن شهر، ونظرا لارتباط هذا الاضطراب بظروف ضاغطة كان يطلق عليه (الذهان التفاعلى) أو (الذهان الهستيرى) أو (ذهان الانضغاط) .

الصورة الاكلينيكية :ـ

عبارة عن أعراض ذهانية ذات بداية حادة تمتد لعدة ساعات ولاتزيد عن شهر، ثم يعود الشخص لكامل أدائه الوظيفى بنفس مستوى ماقبل المرض وتظهر الأعراض بعد ظروف ضاغطة ، وتكون فى هيئة هلاوس وضلالات وتقلب انفعالى بشكل حاد ، وقد يكون الشخص مرتبكا أو متغيم (Confused) ، و يعرف من الطريقة التى يستجيب بها لما يطلب منه.. و يصاحب ذلك سلوك غريب من اتخاذ أوضاعا غريبة ، أو ارتداء ملابس غريبة ، أو الصراخ ، أو البكم ، أو اخراج أصواتا لامعنى لها أو تكرار مقاطع من جمل لاتفيد معنى ، والوجدان غير مناسب غالبا واضطراب الاهتداء والذاكرة الحديثة ، واجابته على الاسئلة قد تكون سخيفة ومختلفة .

الانتشار:

ينتشر التفاعل الذهانى محدود المدة فى الطبقات الاجتماعية الدنيا ، وفى أصحاب الشخصيات المنتشرة (الهستيرية والنرجسية والاضطهادية وفصامية النوع والحدية) وفيمن تعرضوا لكوارث سابقة ، أو خبروا تغيرا حضاريا ..

المسار والاعاقة :

يحدث هذا الاضطراب فى المراهقة أو بداية الرشد ببداية حادة لأعراض ذهانية ، بعد ظرف ضاغط بساعات قليلة ، وتختفى الأعراض الذهانية فى غضون أيام قليلة ، ولاتظل أكثر من شهر ، وأحيانا يعقبها أعراض اكتئاب أو فقد الثقة بالنفس ، ولكن الشخص يعود لأدائه الوظيفى السابق خلال شهر .

أسباب التفاعل الذهانى المحدود :ـ

- وجود تهيئة فى اضطراب الشخصية (السابق ذكره) .
- وجود ظروف ضاغطة نفسية أو اجتماعية .
- ديناميا لوحظ وجود حيل دفاعية غير مناسبة مع احتمال المكسب الثانوى لهؤلاء المرضى (مثل تعاطف الآخرين مع المريض واعفائه من المسئوليات) .

التشخيص الفارق : قد يختلط التفاعل الذهانى المحدود مع الاضطرابات الآتية :

١ ـ الاضطرابات العقلية العضوية : خاصة الهذيان والاضطراب الضلالى العضوى والانسحاب ، و يتم التمييز على أساس التاريخ المرضى أو المعملى الذى يشير إلى وجود عامل عضوى .

٢ ـ نوبات الهوس ونوبات الاكتئاب العظمى : قد تتشابه مع التفاعل الذهانى المحدود ، ولكن عند اختلاط الأمر يجب اعطاء الهوس والاكتئاب أولوية فى التشخيص على التفاعل الذهانى المحدود ، خاصة إذا وجدت دلالاتها التشخيصية سواء كانت مصاحبة بظروف ضاغطة أم لا .

٣ ــ اضطراب الأعراض النفسية المستحدثة (Factitious Disorder) : حيث يظهر الشخص أعراضاً مرضية عن قصد تحت تأثير ظروف ضاغطة .

٤ ــ ادعاء المرض (Malingering) : حيث يدعى الشخص أعراضا ذهانية ولكن عادة هناك برهان على وجود هدف واضح يكمن خلف الأعراض .

العلاج :

قد يلزم ادخاله مستشفى إذا كانت الأعراض شديدة أو بغرض التشخيص ، والطمأنة التى يوفرها جو المستشفى قد تكون كافية مع جرعات قليلة من مضادات الذهان ، ويمكن سحب هذه العقاقير تدريجيا بمجرد تحسن الأعراض الذهانية ، على أن يصاحبه علاج نفسى لمساعدة المريض على التخلص من الحيل الدفاعية غير الناضجة (مثل النكوص) وتقليل نقص اعتبار الذات وزيادة الثقة بالنفس .

٢ ــ الاضطراب فصامى الشكل

يشبه هذا الاضطراب مرض الفصام من حيث المواصفات ولكنه يختلف عنه فى المدة حيث أن مراحل المرض الثلاثة (المنذرة والنشطة والمتبقية) لا تصل إلى ستة شهور وتميز هذا الاضطراب عن الفصام منذ عام (١٩٣٩) بواسطة (جابريل لانجفيلد) (Gabriel lang feldt) الذى لاحظ أن المريض قبل المرض كان تاريخه حسن .

الصورة الاكلينيكية :ــ

تشبة صورة الاضطراب الفصامى الشكل مرض الفصام تماما ، والاختلاف يكون فى مدة الاضطراب التى تقل عن ستة شهور، و يتم شفاء الشخص وعودته إلى سابق أدائه الوظيفى والاجتماعى .. ولذا فإن أى مريض تنطبق عليه مواصفات الفصام ولم يكمل مدة ستة شهور يشخص مبدئيا على أنه اضطراب فصامى الشكل ، وحين يكمل فترة الشهور الستة يغير التشخيص إلى فصام .

المسار والاعاقة :

عادة تكون بداية الاضطراب فصامي الشكل حادة ، وتسبب الأعراض الذهانية للشخص خللا فى الأداء الوظيفى والاجتماعى خلال فترة تواجدها التى لاتزيد عن ستة أشهر و يعود الشخص إلى سابق أدائه الوظيفى والاجتماعى ، لأن مآل هذا الاضطراب هو التحسن دائما ، وهناك خطورة على هذا المريض من الانتحار خلال فترات اشتداد الأعراض أو فترات الاكتئاب التى تتبع الأعراض الذهانية .

الانتشار:

لاتوجد أرقام تشير إلى مدى انتشار هذا الاضطراب بدقة ولكن يعتقد الباحثون أنه يقل فى انتشاره عن مرض الفصام بكثير ، وهو أكثر انتشاراً فى المراهقة و بداية الرشد .

التشخيص الفارق :ـــ

١ ـــ **الفصام :** حيث أن مواصفات كل من الفصام والاضطراب فصامى الشكل لاتختلف إلا من حيث مدة المرض ، بالاضافة إلى أن الاضطراب فصامى الشكل يتميز بالارتباك الانفعالى والخوف والتغيم (confusion) و وجود الهلاوس البصرية .

٢ ـــ **التفاعل الذهانى محدود المدة :** ويميز بينهما بالمدة (فأحدهما يقل عن شهر وهو التفاعل الذهانى المحدود والاخر لا يزيد عن ستة شهور وهو الاضطراب فصامى الشكل) ، كما أن التفاعل الذهانى المحدود عادة لايمثل بكل الأعراض الذهانية المميزة للمرحلة النشطة من الفصام .

الأسباب :

سبب الاضطراب الفصامى الشكل غير معروف ، وتشير الدراسات القليلة المتاحة إلى أن هؤلاء المرضى مجموعة غير متجانسة ، فبعضهم يشبهون مرضى الفصام بينما البعض الآخر يشبهون مرضى اضطراب الوجدان .

العلاج :ـ

قد يلزم ادخال المريض مستشفى لاتمام العملية التشخيصية ، أو بتنفيذ العلاج ، أو لحماية المريض من نفسه .. وتعطى مضادات الذهان التى يتم سحبها تدريجيا بعد التحسن (الذى يحدث خلال ستة شهور) ، وقد يلزم اعطاء صدمات كهربائية محدثة للتشنجات (.E.C.T) للمرضى الذين يظهرون أعراض كتاتونية بارزة .. والعلاج النفسى لهؤلاء المرضى فى غاية الأهمية لمساعدتهم فى التوافق النفسى والاجتماعى بعد خبرة الذهان .

و بداية المرض مفاجئة وتحت تأثير ظروف ضاغطة وأن مآل المرض هو التحسن .. والدراسات الحديثة فى مجال الجينات والأسرة متضاربة فبعضها يشير أن الاضطراب فصامى الشكل منفصل عن الفصام و بعضها الآخر يشير إلى أن الا ثنان مرتبطان .

٣ ــ اضطراب الفصام الوجدانى

يشخص بهذا الاضطراب المرضى الذين يجمعون بين ملامح كل من الفصام واضطراب الوجدان حيث وصفه (كير بى) (Kirby) (١٩١٣) و(هوخ) (Hoch ؟ (١٩٢١) وصنفاه ضمن ذهان الهوس والاكتئاب ، حسب تصنيف (كريبلين) لملاحظتهم أن هؤلاء المرضى لايتدهورن كما يحدث فى مرضى الخرف المبكر (Dementia precox) ، وفى عام (١٩٣٣) وصف (كسانين) (Kasanin) مجموعة من المرضى بأعراض كل من الفصام واضطراب الوجدان ، التى ترسبت تحت تأثير ظروف ضاغطة ، وكانت بدايتها حادة ، مع تاريخ عائلى من اضطراب الوجدان فى بعض الحالات ، وتم شفاء هذه الأعراض ، وشخصهم كنوع فرعى من الفصام ، ومنذ ذلك الحين تشخص هذه الحالات على أنها فصام وجدانى أو فصام غير نمطى ، أو فصام ذو مصير حسن أو فصام متراجع ، أو ذهان دورى ، وهذه التسميات كلها أكدت علاقة هذا الاضطراب بالفصام أساسا ، ولكن فى عام (١٩٧٠) لوحظ أن أملاح الليثيوم تظهر تحسنا ملحوظا لهذه الحالات مما دفع بهذا الاضطراب خطوات فى اتجاه الاضطرابات الوجدانية كما أن تسمية هذا الاضطراب حسب (DSMIII -R) (Schizomood disorder) ولكن مازالت التسمية القديمة تستخدم وهى (Schizoaffective) .

الصورة الاكلينيكية :ـ

يمثل اضطراب الفصام الوجداني بأعراض كل منَ الفصام واضطراب الوجدان دون سبب عضوى ترجع إليه هذه الاعراض ، وهناك حالات يكون الشق الوجدانى فيها ثنائى القطبية وهى أكثر انتماءا لاضطراب الوجدان من الحالات التى يكون فيها الشق الوجدانى اكتئابى .

الانتشار:

لوحظ أن تشخيص الفصام الوجدانى يكثر عندما يكون الأخصائى غير متأكد من التشخيص ، ولكن انتشاره يقل عن الفصام و يستوى فيه الذكور والاناث .

المساروالمآل :

عادة يبدأ هذا الاضطراب فى بداية الرشد ، ويميل فى مساره لأن يكون مزمناً ، ولكن مآله أفضل من الفصام وأقل من اضطراب الوجدان .

التشخيص الفارق :

١ ــ **اضطراب عقلى عضوى :** حيث يمثل كل منهما بأعراض ذهانية مفرطة الغرابة واضطراب وجدان بارز ، ولكن فى الفصام الوجدانى ليس هناك عامل عضوى بدأ الاضطراب أو حافظ على استمراره .

٢ ــ **الفصام :** حيث يتشابهان فى الشق الفصامى ، ولكن الاختلاف يكون فى وجود الشق الوجدانى فى الفصام الوجدانى .

٣ ــ **اضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية :** ولكنه يتميز بعدم وجود فترة أسبوعين على الأقل فيهما ضلالات أوهلاوس بارزة دون أعراض اضطراب وجدان بارزة .

٤ ــ **الاضراب الضلالى :** يتميز بأن الأعراض الذهانية محدودة وغير مفرطة فى الغرابة .

السبب :

يعتبر سبب اضطراب الفصام الوجدانى غير معروف ولكن توجد خمسة احتمالات :

١ ـ أن الفصام الوجدانى أحد أنواع الفصام .

٢ ـ أن الفصام الوجدانى أحد أنواع اضطراب الوجدان .

٣ ـ مرضى هذا الاضطراب لديهم كل من الفصام واضطراب الوجدان .

٤ ـ قد يمثل مرضا عقليا منفصلا عن الفصام واضطراب الوجدان .

٥ ـ اعتبار هؤلاء المرضى مجموعة غير متجانسة بعضهم لديه فصام والبعض الآخر اضطراب وجدان .

والدراسات التى صممت لدراسة هذه الاحتمالات الخمس ، ركزت على التاريخ العائلى والمؤشرات البيولوجية والاستجابة للعلاج والمآل على المدى البعيد .. و يلاحظ أن أكثر الاستنتاجات قبولا من هذه الدراسات هو اعتبار أن هؤلاء المرضى المصابين بالفصام الوجدانى مجموعة غير متجانسة ، بعضهم لديهم فصام مع أعراض اضطراب وجدان بارزة والآخرون لديهم اضطراب وجدان مع أعراض فصام بارزة .

العلاج :

قد يلزم ادخال المريض مستشفى مع اعطائه علاجا كيميائيا (مضادات الاكتئاب ومضادات الهوس) ، مع العلاج النفسى والاجتماعى .

٤ ـ الاضطراب الذهانى المستحث

وهو اضطراب ضلالى يحدث للمريض نتيجة لعلاقته الوثيقة بشخص آخر هو صاحب هذه الضلالات أصلا ، أى أنه هو المريض الأصلى وشاركه مريضنا ضلالاته ، ولذا كان يسمى هذا الاضطراب بالبارانوى المشارك (Shared Paranoid disoeder) ، ولقد وصف هذا الاضطراب أول مرة عام (١٨٧٧) م

بواسطة أطباء النفس الفرنسيين وأطلقوا عليه (Folie a deux) ، وهناك أسماء أخرى أطلقت على هذا الاضطراب منها (الجنون المزدوج) (double insanity) و (الذهان المرتبط) (psychosis of association) .

الصورة الاكلينيكية :ـ

أهم مايميز صورة الاضطراب الذهانى المستحث الاكلينيكية هو وجود ضلالات لدى الشخص كنتيجة لعلاقته الوثيقة بآخر (The Primary Case) ، الذى لديه فعلا اضطراب ذهانى وضلالات بارزة ، وهذه الضلالات مشتركة بين الشخصين ولا يشخص بهذا الاضطراب من يمثلون بأعراض اضطراب ذهانى أو أعراض منذرة للفصام قبل بدء الضلالات مباشرة .

محتوى هذه الضلالات فى حدود الممكن ، وغالبا يبنى على الخبرة الماضية المشتركة للشخصين ، وأحيانا يمكن أن تكون الضلالات المستحثة مفرطة فى الغرابة ، وعادة يكون الشخص المضطرب أساساً مسيطراً فى العلاقة التى بينهما ، ويملى ضلالاته تدريجيا على الآخر (الطرف السالب فى العلاقة) ، وعادة يحدث هذا بعد فترة من تعايشهما معا وانعزالهما وعدم احتكاكهما بالناس الاخرين .

وعندما يتم عزل مضطرب الذهان المستحث عن المضطرب الأصلى تتناقص حدة الضلالات لديه ، والشائع أن هذا الاضطراب يحدث فى علاقة شخصين فقط (أحدهما أصلى والآخر تابع) (Folie a deux) ، ولكن سجلت حالات لأكثر من تابع (أى لديهم ذهان مستحث) قد تصل إلى اثنا عشر شخصا (Folie aduze) وقد تشمل أسرة (Folie a Famile) . والمصابون بهذا الاضطراب نادرا مايبحثون عن علاج ، والحالات التابعة عادة تظهر للضوء عندما يعالج الشخص الأصلى .

الانتشار:ـ

يعد الذهان المستحث اضطراباً نادراً ولكنه يكثر بين الإناث وفى الطبقات الاجتماعية الدنيا ، والمصابون بعاهات جسمانية أكثر عرضة لاعتمادهم على الآخرين ، وتزيد نسبة الانتشار بين فردين من أسرة واحدة تصل إلى (٩٥٪) من الحالات .

المسار والمآل :ــ

عادة المسار مزمن والبداية فى أى سن ، ورغم أن هناك قول شائع بأن فصل التابع المصاب بالذهان المستحث عن المضطرب الأصلى والمسيطر فى العلاقة ينتج عنه تحسن ، إلا أن الدراسات الاكلينيكية قررت نسبة شفاء قليلة من (١٠٪) الى (٤٠٪) فقط ، ولكن عدم التحسن بعد الفصل يحتم اعادة النظر فى التشخيص فقد يكون اضطرابا ضلاليا أو فصام .

التشخيص الفارق :ــ

يجب تمييزه عن الاضطراب الضلالى والفصام والفصام الوجدانى الذى لا توجد فيهم علاقة وثيقة مع شخص مسيطر ، وإذا وجد هذا فإن الأعراض الذهانية (أو الأعراض المنذرة فى حالة الفصام) تسبق بداية أى ضلالات مشاركة (أو تابعة) .

السبب :ــ

عادة السبب نفسى اجتماعى ، لوجود شخصين أحدهما مسيطر والآخر تابع ، والعلاقة بينهما حميمة ، وارتباطهما بالعالم الخارجى معدوم ، وهناك مكسب متبادل لكلا الشخصين ، و يسعى التابع ليحوز القبول من الشخص المسيطر .

العلاج :ــ

يلزم فصل الشخص المصاب بذهان مستحث عن مصدر الضلالات (الشخص المسيطر) ، وتعطى العقاقير المضادة للذهان إذا لزمت فقط ، ولكن العلاج النفسى هام جدا لمساعدة المريض فى التخلص من ضلالاته المستحثة والارتباط بالواقع الخارجى والعالم من حوله .

٥ ــ الاضطراب الذهانى غير المطابق

وهى مجموعة من المتلازمات المتناثرة التى تحوى أعراضا ذهانية (مثل الضلالات أو الهلاوس أو عدم اتساق التفكير أو السلوك المضطرب) ، ولا يمكن تصنيفها ضمن أحد الأنواع المحددة سابقا (الفصام أو غيره) ، ويمكن أن تستخدم

هـذه المجـموعة لحالات الذهان التى لا تتوفر معلومات كافية لتشخيصها ، فهذا أفضل من تأجيل التشخيص وتشمل هذه المجموعة ما يلى :

١ ــ متلازمات تحدث فقط فى وقت معين (مثل ذهان ما بعد الولادة) .

٢ ــ متلازمات محددة ولكنها محصورة فى ثقافات معينة .

٣ ــ ذهان مع أعراض غير معتادة مثل هلاوس سمعية ثابتة .

٤ ــ ذهانات يبدو أنها تخص مجموعة تشخيصية محددة ولكن بها بعض الأعراض التى لا يمكن تجاهلها ولا تتفق مع المجموعة المحددة (مثل الذهان الدورى غير النمطى) .

٥ ــ ذهانات لا يوجد عنها معلومات تكفى لعمل تشخيص محدد .

١ ــ ذهان ما بعد الولادة

(Post — Partum Psychosis)

لزمة اكلينيكية تحدث بعد الولادة وتتميز بضلالات واكتئاب شديد مع أفكار لإيذاء الطفل الوليد أو النفس .

الصورة الاكلينيكية :ــ

عادة تظهر الأعراض فى اليوم الثالث للولادة ، وتبدأ بالأرق وعدم الاستقرار والشعور بالاجهاد وتقلب الوجدان مع نوبات من البكاء ، أما الأعراض المتأخرة فتشمل الشك والارتباك وعدم الاتساق فى التفكير ، والانشغال بأفكار وسواسية حول صحة الطفل ، أو عدم الرغبة فى العناية به وعدم حبه ، أو الرغبة فى إيذائه (الوليد) ، والضلالات فحواها أن الطفل ميت أو مشوه أو إنكار أنه وليدها ، مع أفكار مسيطرة بأنها لم تتزوج بعد أو أنها مازالت عذراء ، وقد تكون الأفكار أو الضلالات اضطهادية أو هناك من يؤثر عليها ، أو أنها تنتمى للجنس الآخر ، مع الهلاوس التى قد يكون محتواها مماثل لمشاعر العداء تجاه وليدها فتأمرها بقتله .

الانتشار :ــ

يحدث ذهان ما بعد الولادة فى (١ ــ ٢) فى كل ألف من الولادات ، و يزداد

خطر احتمال حدوث هذا الاضطراب إذا كان قد حدث للمريضة فى ولادة سابقة أو حدث لأمها ، وفى حالة وجود تاريخ سابق لاضطراب الوجدان ، وذهان ما بعد الولادة يحدث أساسا للأمهات ولكن سجلت حالات نادرة للأ باء .

المسار والمضاعفات والمآل :ـ

عادة تسبق الأعراض الذهانية المتأججة بعلامات منذرة مثل الأ رق وعدم الاستقرار والفوران الداخلى وتقلب الوجدان وخلل معرفى ، وبمجرد اكتمال صورة الذهان قد تصبح المريضة خطرة على نفسها أو وليدها طبقا لمحتوى الهلاوس ودرجة الفوران الداخلى .. فلقد سجلت إحدى الدراسات أن (٥٪) قتلن أنفسهن وأن (٤٪) قتلن وليدهن .

و يلاحظ أن المآل فى حالات ذهان ما بعد الولادة يعتمد على تماسك الشخصية وتكيفها قبل المرض وغياب الفصام واضطراب الوجدان ، بالإضافة إلى أن الارتباط الأسرى الذى يدعم المريض يساعد فى الوصول إلى مآل حسن لحالة المريضة ، إلا أن الولادة التالية غالبا ما يصاحبها حدوث نو بة أخرى .

التشخيص الفارق :ـ

الاضطرابات الآتية يمكن أن تشبه ذهان ما بعد الولادة ويجب تمييزه عنها وهى :ـ

١ ـ اضطراب الوجدان أو الفصام كانتكاس حدث بعد الولادة .

٢ ـ اكتئاب ما بعد الولادة (Post — Partum depression) .

٣ ـ نقص نشاط الغدة الدرقية .

٤ ـ لزمة كوشنج (Caushing's) التى قد تحدث بعد الحمل .

٥ ـ الاكتئاب الناتج عن تعاطى عقاقير مثل مخفضات الضغط المرتفع .

٦ ـ عدوى أثناء الولادة أو بعدها ينتج عنها التهاب بالمخ (encephalopathy)

٧ ـ كآبة ما بعد الولادة (Post — Partum blues) : وتحدث لنسبة (٥٠٪) من الوالدات بعد ولادتهن ، وتتميز بالبكاء والاجهاد والقلق وسرعة الاستثارة وتبدأ بعد الولادة بفترة قصيرة وتظل أيام قليلة ثم يتم شفائها تلقائيا .

السبب :ـ

يعتقد أن أغلب هؤلاء المرضى لديهن مرض عقلي غير ظاهر (تحت السطح) و يظهر عندهن بعد ضغط الولادة ، واقترح أن السبب هو النقص المفاجيء فى هرمونى الاستروجين والبروجستيرون بعد الولادة ، ولكن اعطاء هذه الهرمونات لم ينجح كعلاج لهذا الاضطراب .

وتشير الدراسات السيكودينامية إلى دور لمشاعر الصراع للأم حول خبرات الأمومة ، خاصة إذا كان الزواج تعسا ، فلقد لوحظ أن الشقاق الزوجي يرتبط بزيادة حدوث المرض .. كما لوحظ أنه فى الحالات النادرة من ذهان مابعد الولادة التى تحدث للآباء يشعر الأب (الزوج)بأنه نحى جانبا بواسطة الطفل وأنه لم يعد محل اهتمام من الأم .

العلاج :ـ

يعد اضطراب ذهان ما بعد الولادة من الحالات التى تتطلب علاجا عاجلا (emergency) ومضادات الاكتئاب هو العلاج المفضل فى المكتئبات ، والحالات التى لديها ميول انتحارية تنقل إلى غرف الملاحظة فى قسم الطب النفسى لمنع محاولات الانتحار، أما الحالات التى يظهر فيها أعراض الهوس فيفضل اعطاء أملاح الليثيوم مع مضادات الذهان فى الأسبوع الأول من العلاج .

تعطى الأم فرصة للتواصل مع طفلها إذا رغبت ولكن تحت الملاحظة ، والعلاج النفسى مفيد خاصة بعد انتهاء الفترة الحادة من الذهان و يتوجه إلى الصراع النفسى ومساعدة الأم فى تقبل دور الأمومة .. مع طلب المساندة لها من الزوج والمحيطين لتقليل مشاعر الانضغاط لديها .

٢ ـ المتلازمات المرتبطة بثقافات معينة

(١) أموك (Amok) : و ينتشر هذا الاضطراب فى منطقة الملايو حيث يحدث انفجار عدوانى غير مبرر ، فالشخص المصاب به يندفع بسلاح يقتل كل مايقابله من أشخاص وحيوانات وقد يقتل نفسه فى النهاية ، وهذه النوبة من القتل الأهوج تسبق بفترة من الانشغال والاكتئاب الخفيف ، و بعد النوبة يشعر الشخص بالاجهاد و ينسى تماما ما حدث وغالبا ينتحر .

ويحدث هذا الاضطراب فى الرجال من شعب الملايو، كما لوحظ أيضا فى أفريقيا ودول المناطق الحارة .. وافترض أن السبب يرجع إلى أن هذه الثقافات تعطى حرية للأطفال فى التعبير عن عدوانهم ثم تكبحهم فى فترة المراهقة والرشد مما يعرضهم لتفاعلات مرضية . وعلاج هذه النوبة هو فى السيطرة عليه جسمانيا ، وتنتهى النوبة خلال ساعات قليلة و يلزم علاجه بمضادات الذهان كذهان مزمن .

٢ - كورو (Koro) : وهى حالة من القلق الحاد التى تتميز بخوف الشخص الذكر من أن قضيبه ينكمش وقد يختفى إلى داخل بطنه وأنه قد يموت .

و ينتشر بين شعوب منطقة جنوب شرق أسيا و بعض مناطق الصين ، كما لوحظ بين أمم الغرب بعض حالات من هذا الاضطراب ، ولا يقتصر على الرجال بل لوحظ فى النساء الخوف من انكماش الأجزاء الخارجية للفرج والثديين .

و يرجع هذا الاضطراب لتفاعل عوامل نفسية واجتماعية وديناميه لأشخاص مهيئين ، و يبدو أن للمخاوف الثقافية المرتبطة بالاحتلام وممارسة العادة السرية والانغماس فى التفكير الجنسى .

والعلاج عن طريق الجلسات النفسية و بعض العقاقير وأحيانا تلزم الجلسات الكهربائية وفى بعض الثقافات وصف لعق القضيب باللسان كعلاج لهذه الحالة .

٣ - التوحش (Wihtigo) : وهو اضطراب يصيب بعض الأفراد فيعتقدون أنهم تحولوا إلى وحش عملاق يأكل لحوم البشر خلال فترات الجوع ، وقد يشعر و يعبر عن رغبته الشديدة لأكل لحم الآدمى ، و بسبب هذا الاعتقاد تظهر أعراض جسمانية بالجهاز الهضمى مثل فقد الشهية أو الغثيان ، وقد يصبح فى حالة هياج شديدة خوفا من التحول إلى وحش .

٣ - الذهانات ذات العرض الوحيد البارز

وهذه المتلازمات تتكون من عرض ذهانى واحد أو اكثر ، وهو عادة هلاوس متكررة أو ضلال واحد ، وكانت تسمى سابقا الهوس وحيد العرض (Monomania) و باستثناء هذا العرض الخاص فإن الشخصية تبدو متماسكة .

(١) ذهان رؤية الذات (Autoscopic Psychosis) :—

وفيه يخبر الشخص هلوسيا أنه يرى كل جسمه أو جزءا منه كما لو كان ظاهرا فى مرآة ، وهذا الجزء المشاهد يوصف من قبل هؤلاء المرضى على أنه شفاف لالون له ولكنه يرى بوضوح ، و يظهر فجأة ودون سابق انذار ويحاكى حركات الشخص ، و يظل فى العادة لثوان قليلة وغالباً عند ظلمة أول الليل وقد يوجد أنماط أخرى من الهلاوس ، و يصاحب ذلك الارتباك والحزن .

وهذه الظاهرة نادرة و بعض الأشخاص قد يخبرونها مرة واحدة فى حياتهم ، ويجب استبعاد الاصابة العصبية كسبب لهذا الاضطراب ، خاصة تلك التى تسبب إثارة بعض المناطق فى الفصوص الصدغية الجدارية ، وهذه إحدى النظريات لأسباب هذا الاضطراب ، وهناك نظرية أخرى أن الاضطراب يمثل بروزاً لبقايا ذاكرة .. ولوحظ حدوثها لبعض الأشخاص الأسو ياء ذو القدرة العالية على التخيل ولبعض أصحاب الشخصية النرجسية تحت ضغوط انفعالية .

ونادرا مايالزم علاج هذه الحالة فليست معيقة وليست اشتدادية ولكن إذا كانت ناتجة عن آفة عصبية يلزم علاجها .

(٢) متلازمة كبجراس (Capgras' Syndrome) :—

الذى وصفت بواسطة الطبيب الفرنسى (Capgras) عام (١٩٢٣) ، وتتميز هذه المتلازمة باقتناع ضلالى أن الآخرون فى بيئة الشخص ليسوا هم حقيقة ولكنهم مستبدلين ببدلاء يتقمصون أدوارهم و يتصرفون مثلهم .

وهذه المتلازمة نادرة ولكن أغلب حدوثها لدى الاناث ، وتصنف كاضطراب ضلالى وقد تحدث كأحد مظاهر مرض الفصام .

و يرجع سببها إلى خلل اختبار الواقع نتيجة لعملية الذهان ، حيث فسر على أنه خطأ تأو يل ناتج عن مشاعر الغربة المختلفة مع ميول اضطهادية لعدم الثقة ، أو أنه ناتج عن اضطراب فى وظيفة الفص الجدارى .

وعلاج هذا الاضطراب هو علاج الذهان المرتبط به بمضادات الذهان .

(٣) متلازمة كوتارد (Cotard's Syndrome) :

يشكو المصابون بهذا الاضطراب أنهم فقدوا ليس فقط ممتلكاتهم وقوتهم ولكن القلب والدم والأمعاء ، وأن العالم من حولهم تناقص إلى لا شيء ،

والمتلازمة الكاملة تتميز بضلالات الخلود (Immortality) التى يصاحبها أفكار تشير إلى هوس تضخيم الذات (megalomanic) .

و يرى هذا الاضطراب قبل البداية الحادة لمرض الفصام أو نوبات الاكتئاب ، وهو نادر نسبيا وخاصة بعد تقدم مضادات الذهان ، وقد يلاحظ فى متلازمات الاضطرابات العقلية العضوية الخاصة بالشيخوخة وماقبلها ، والسبب غير معروف و يصنف كاضطراب ضلالى عدمى .

وعادة يظل لأ يام أو أسابيع قليلة و يستجيب للعلاج الذى يؤثر فى الاضطراب الأصلى الذى هو جزء منه (الفصام أو الاكتئاب) ، والشكل المزمن منه يرتبط بمتلازمات الدماغ العضوية مثل مرض الزهيمر .

٤ ـ الذهان الدورى غير النمطى
(Atypical Cycloid Psychosis)

هذه المجموعة من الاضطرابات تظهر بعض ملامح الاضطرابات ثنائية القطبية ولكنها لا تتفق مع مواصفاتها العامة ، ولقد وصف منها ثلاثة أنواع :ـــ

(١) ذهان الحركة .
(٢) ذهان التشوش (الارتباك) .
(٣) ذهان القلق المتناوب مع السعادة .

(١) ذهان الحركة (Motility Psychosis)

فى الشكل الذى تتزايد فيه الحركة قد يشبه الهوس أو التهيج الكتاتونى ، و يتميز عن الهوس بوجود إيماءات عديدة مفاجئة تعبيرية ، تبدو أنها ناتجة من آليات ذاتية وظاهريا ليست استجابات لمثيرات بيئية أو تعبيرات عن وجدان المريض ، وهذه الاضطرابات تميز من التهيج الكتاتونى بغياب الحركات المتكررة الغريبة .

أما الشكل منعدم الحركة فيبدو مطابقا للصورة النمطية للذهول الكتاتونى ، ولكنها تتميز عن الفصام أساسا بمسارها الذى يتحسن ولا يؤدى إلى تدهور الشخصية .

(٢) ذهان التشوش (الارتباك)

(Confusional psychosis)

وفيه تتقلب حالة المريض الانفعالية والتشتت فيه لا يصل لدرجته فى مرض الهوس ، وغالبا لا يعرف المريض الأشخاص فى بيئته .

(٣) ذهان القلق المتناوب مع السعادة

(Anxiety-Blissfulness Psychosis)

ومرحلة القلق فيه تشبه إلى حد كبير الاكتئاب المتسم بفوران داخلى ولكنه يتميز بقلة حركة المريض وحالات من القلق الغامر على فترات ، مع أفكار اضطهادية اشارية ، وقد يصاحبها لوم النفس وانشغال بتوهمات مرضية وهلاوس .

أما مرحلة السعادة فتتميز بالسلوك الممتد[١] مع أفكار عظمة .



---

(١) الذى يمتد بالعطاء المسرف للآخرين لدرجة الاضرار بنفسه وممتلكاته (expansive behaviour) .

الفصل الخامس

مقدمة :ـ

١ ـ شاب فى الثانية والعشرين من عمره طالب بالجامعة ، أصبح زائد النشاط والمرح والكلام ، وقل نومه بدرجة ملحوظة ، وأهمل فى دراسته وأساء فى تصرفاته وعند مناقشته يثور ولا يقبل نقد وأصبح مزعجا لأصدقائه يوقظهم تليفونيا بعد منتصف الليل .. و بفحصه نفسيا لوحظ كثرة كلامه وحركته ومرحه المرضى وصوته المرتفع ، وتطاير الافكار الا من ايقاع يربط بين الكلمات مع أفكار عن تضخم الذات وشعور بالعظمة ، وضغط فى الافكار ، مع تشتت الانتباه وعدم الاستبصار واضطراب حكمه على الامور .

٢ ـ سيدة فى التاسعة والعشرين من عمرها ربة بيت ، تعانى منذ شهرين ودون سبب واضح من حالة ضيق و يأس وشعور بالملل وعدم الاستمتاع بما كانت تستمتع به من أنشطة أو أشياء ، وأصبحت منعزلة قليلة الكلام مع نقص شهيتها للطعام وأرق فى بدء النوم وفى نهايته (فى الصباح الباكر) ، و يقل أدائها لمهام بيتها مع نوبات من البكاء أحيانا .. و بفحصها نفسيا لوحظ نقص اعتبار الذات ومشاعر الذنب وتعبير الكآبة مع مشاعر الحزن وسرعة الاستثارة و بطء الحركة والكلام وانخفاض الصوت ، مع أفكار عن الموت وكوابيس وصور موتى أثناء النوم .

هذان مثالان لحالات اكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتهما أن تضع أهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟
ما هى هذه الأهداف ؟

اضطرابات الوجدان

(Mood Disorders)

وهى الحالات الاكلينيكية التى تكون أعراضها الأساسية هى اضطراب الوجدان مع أعراض أخرى مصاحبة لتكون جزئيا أو كليا متلازمات الهوس والاكتئاب، وتظل لأقل وقت تكفى لتشخيصها، ويمكن أن تحدث متلازمات اضطراب الوجدان كجزء من اضطراب الوجدان (مثل متلازمة الاكتئاب العظمى أو متلازمة الهوس)، أو كجزء من اضطراب ذهانى غير وجدانى (مثل الفصام الوجدانى)، أو كجزء من اضطراب عقلى عضوى (مثل اضطراب الوجدان العضوى) .

ولقد سجلت اضطرابات الوجدان منذ القدم، حيث وصف مايشير إلى الاكتئاب فى حكايات قدماء المصريين من حزن القلب والرغبة فى الموت مع النوم والكسل، وكان ذلك قبل الميلاد بما يزيد على الألف عام، كما وصفت أعراض الاكتئاب فى قصة انتحار اجاكس فى الياذة (هوميروس) (Homer) فى القرن الثامن قبل الميلاد، وفى عام (٤٥٠) قبل الميلاد استخدام هيبوقراط (Hippocrates) مصطلحات الهوس والسواد الارتدادى (الميلانخوليا) لوصف الاضطربات العقلية، وفى العصور الوسطى قسم (ابن سينا) (٩٨٠ــ ١٠٣٧م) الميلا نخوليا إلى أربعة أنواع طبقا لمزاج الشخص المضطرب (إما كنتيجة لزيادة الأ يض أو اضطرابه) .. ثم وصف أطباء النفس الفرنسيين فى عام (١٨٥٤م) تناوب الهوس والاكتئاب، وأطلق على تناوب الهوس والاكتئاب (سيكلوثيميا) (Cyclothymia) بواسطة (كولبوم) (Kahlbaum) الطبيب النفسى الألمانى (عام ١٨٨٢م)، ثم أفاد (كريبلين) (١٨٩٦م) من سابقية ووصف ذهان الهوس والاكتئاب وضمنه أغلب الدلالات التشخيصية التى مازالت موجودة حاليا، وميزه عن الخرف المبكر (الفصام) بأنه ليس فيه تدهور عقلى، كما وصف (كريبلين) نوع من الاكتئاب يبدأ بعد يأس النساء من المحيض أطلق عليه (Involutional melancholia).. واقتصر اسهام (فرو يد) (١٨٥٦ــ ١٩٣٩م) على التفسير السيكوديناى للاكتئاب وأهمية الفقد فى ترسيب الاكتئاب النفسى المنشأ، كما قرر أن هناك أنواع أخرى من الاكتئاب تتحدد بيولوجيا .

تصنيف اضطراب الوجدان

تقسم اضطرابات الوجدان الى اضطرابات ثنائية القطبية وأهم مايميزها وجود واحدة أو أكثر من نوبات الموس الخفيف عادة مع تاريخ نوبات اكتئاب عظمى ، واضطرابات اكتئاب وأهم مايميزها وجود نوبة أو اكثر من نوبات الاكتئاب العظمى دون تاريخ لأى من نوبات الموس أو الموس الخفيف .

ويوجد نوعان من الاضطراب ثنائي القطبية :ـــ

١ ـــ **اضطراب ثنائي القطبية :** وفيه توجد نوبة أو أكثر من نوبات الموس مع واحدة أو اكثر من نوبات الاكتئاب العظمى .

٢ ـــ **الاضطراب الدورى (cyclothymia) :** وفيه يوجد عديد من نوبات الموس الخفيف وفترات عديدة من أعراض الاكتئاب .. اما الاضطربات التى فيها يكون الموس الخفيف ونوبات الاكتئاب العظمى فتصنف ضمن المجموعة المتبقية من الاضطراب ثنائي القطبية (غير المحددة فى مكان آخر ـ (.NO.S) .

ويوجد نوعان من اضطراب الاكتئاب :ـــ

١ ـــ **متلازمة الاكتئاب العظمى :** الذى يوجد فيها نوبة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى .

٢ ـــ **ديسثميا (Dysthymia) :** حيث يوجد أعراض اكتئابية أغلب الأيام وتستمر على الأقل مدة سنتان ، وخلال هذه المدة لاتتفق مع مواصفات متلازمة الاكتئاب العظمى .

وتوصف النوبة (الاكتئاب العظمى أو ثنائى القطبية) من حيث:ـــ

١ ـــ الشدة : خفيفة أو متوسطة أو شديدة .

٢ ـــ وجود أعراض ذهانية من عدمه التى يمكن أن تكون :ـــ

أ ـــ متسقة مع الوجدان .

ب ـــ غير متسقة مع الوجدان .

٣ ـــ هوادة الاضطراب جزئية أو كاملة .

الصورة الاكلينيكية لاضطرابات الوجدان

اولا : الصورة الاكلينيكية لنوبة الهوس : (Manic Episode)

وتتميز بالمرح المرضي والسرور الوجداني (أو الاستثارة) الذى يسود خلال فترة محددة ، مع أعراض مصاحبة ، و يكون الاضطراب شديدا لدرجة ينتج عنه اختلال أداء الشخص لوظيفته المهنية والاجتماعية ، أو يلزم ادخاله مستشفى لمنعه من ايذاء نفسه والآخرين .

وتشمل الأعراض المصاحبة تضخم الذات أو الشعور بالعظمة (التى قد تصل لدرجة الضلال) ، ونقص الحاجة للنوم وزيادة الكلام وضغط الافكار وكثرتها وتطايرها والتشتت ، وزيادة الاندماج فى الأنشطة الموجهة لهدف وزيادة النشاط الحركى ، والاغراق فى الأنشطة الترفيهية المرحة والتى غالبا نتائجها مؤلمة ولا يدركها تماما ، وذلك دون سبب عضوى وليس طارئا على اضطراب ذهانى (الفصام ـ الاضطراب فصامى الشكل ـ الاضطراب الضلالى ـ الاضطراب الذهانى غير المصنف فى مكان آخر أو الفصام الوجدانى) .

والوجدان المرح قد يوصف كسرور وانشراح زائد عن الطبيعى ومعدى للملاحظ غير المندمج (أى يجعله مسرورا) ، ولكنه يوصف من قبل من يعرفون الشخص جيدا بأنه زائد عن الحد .. وقد يتسع الوجدان حيث يتحمس الشخص للتفاعل مع الناس دون انتقاء ، وقد تكون سرعة الاستثارة هى العرض المسيطر حيث تسهل استثارة المريض لأتفة الأسباب .

أما تضخم الذات فيتراوح من الثقة بالنفس التى لا تتحمل النقد إلى الشعور بالعظمة الذى قد يصل إلى درجة الضلال ، لدرجة أنه يعطى النصح للآخرين فى أشياء لا يعرف عنها شيئا (مثل كيف تحل مشاكل العالم الاقتصادية)، و برغم نقص الموهبة والمعرفة فإنه قد يبدأ كتابة قصة أو تلحين موسيقى ، أو البحث عن الشهرة ببعض المخترعات ، وقد تشمل ضلالات العظمة علاقة خاصة مع الله أو مع شخص معروف سياسياً أودينياً .

وتقل الحاجة للنوم إلى حد كبير حيث يستيقظ قبل موعده بساعات مكتمل الطاقة ، وقد يظل بلا نوم عدة أيام دون أن يشعر بتعب .

أما الكلام فى حالة الهوس فعادة بصوت مرتفع وسريع و يصعب مقاطعته وعادة ملىء بالنكات والقفشات والتلاعب بالألفاظ ، والاضحاك غير المناسب قد يصبح مسرحيا بأسلوب تمثيلى مع الغناء ، و يهتم بايقاع الألفاظ أكثر من معانيها ، والرابطة بين الأفكار رابطة شكلية فى إيقاع الألفاظ فقط مع تطاير الأفكار مما يجعل الكلام غير متسق ، وإذا كان وجدان الشخص مستثارا أكثر من مرحة فإن كلامه يتميز بالشكوى والتعليقات العدائية والتهديدات الغاضبة .

والتشتت يدل عليه سرعة التحول فى الكلام والنشاط كنتيجة الاستجابة للمثيرات الخارجية المختلفة غير المرتبطة معا مثل الضوضاء المحيطة أو الصور على الحوائط .

وتشمل زيادة النشاط عديد من الخطط والمشاركة وأنشطة عديدة (مثل الجنسية والوظيفة والسياسة والدينية) ، وتزداد اجتماعيته فينشىء علاقات جديدة ، و يتصل بأصدقائه فى كل ساعات الليل دون أن يعى أنه يقحم نفسه عليهم ، وذلك لنقص حكمه على الأمور ، بالاضافة إلى تصرفات حمقاء وسلوك جنسى غير معتاد ، وارتداء ملابس غير مألوفة ذات ألوان زاهية ، و وضع مساحيق التجميل بصورة مفرطة (فى حالات الاناث) ، كما يوزع مايملكه من طعام أو نقود على العابرين الغرباء فيما يسمى بالسلوك الممتد .

والأعراض المصاحبة تشمل عدم الاستبصار بمرضه ورفض العلاج ، مع هلاوس واضحة المحتوى المتوافق مع الوجدان السائد عادة (mood congruent) ، وضلالات التى قد تكون ذات محتوى اضطهادى ومبنية على فكرة أن الشخص مضطهد بسبب وضعه المميز وعلاقاته الخاصة ونادراً ما يكون محتوى الضلالات والهلاوس غير متوافق مع الوجدان السائد (mood incongruent) ، وقد توجد أعراض كتاتونية أو ذهول أو بكم أو سلبية الحركة .

وفى حالة نوبة الهوس الخفيف (Hypomania) تكون الأعراض مشابهة ولكن شدتها أقل كثيراً ولا تصاحبها ضلالات .

الأنواع الفرعية لنوبة الهوس :ـ

ولتمييز نوعية الهوس يشار إلى الشدة والأعراض الذهانية من عدمها كما يلى :ـ

١ ـ **خفيفة :** وهى أقل مايمكن تشخيصه من أعراض الهوس .

٢ ـ **متوسطة :** حيث يلاحظ زيادة الحركة والنشاط واضطراب الحكم على الأمور .

٣ ـ **شديدة دون أعراض ذهانية :** وهو مايكون فى حالة خطيرة ويحتاج إلى ملاحظة مستمرة لمنعه من إيذاء نفسه والآخرين .

٤ ـ **مصاحبة بأعراض ذهانية** (الضلالات والهلاوس والأعراض الكتاتونية) وقد تكون متوافقة مع الوجدان أو غير متوافقة .

٥ ـ **فى حالة هوادة كاملة :** وهى التى اختفت فيها الأعراض مدة ستة شهور على الأقل .

٦ ـ **فى حالة هوادة جزئية :** حيث يلاحظ اختفاء بعض الأعراض دون بعضها .

٧ ـ غير محدد النوع (غير نوعى) .

البداية والمسار والمآل :ـ

عادة تبدأ نوبات الهوس فى بداية العشرينيات ، وإن كان هناك حالات تظهر بعد سن الخمسين ، وتكون البداية فجائية ، وسرعان ماتشتد الأعراض وتصبح خطيرة ، وتظل من أيام إلى شهور وتنتهى فجأة .. وأثناء اشتداد الأعراض يحتاج إلى حمايته من الاضرار بنفسه وبمن حوله لسؤ حكمه على الأمور وكثرة حركته ، وهذا مايستدعى حجزه اجباريا فى مستشفى ، ومن أهم مضاعفات نوبة الهوس ادمان المواد المخدرة وماينتج عن ذلك من أضرار .

التشخيص الفارق لنوبة الهوس :ـ

١ ـ **اضطراب الوجدان العضوى :** وله سبب عضوى بدأ الاضطراب أو حافظ على استمراره (مثل تعاطى أمفيتامين أو الاسترو يدات أو التصلب المتناثر) ..

وإذا رسبت نوبة الهوس بمضادات الاكتئاب او الصدمات الكهربائية (E.C.T.) تشخص كنوبة هوس (غير عضوى) وكذلك هوس ما بعد الولادة.

٢ ـ اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة: حيث أن كثرة الحركة وعدم الاستقرار قد يوحى بنوبة هوس، ولكن الوجدان غير مضطرب وليس لهذا الاضطراب بداية محددة مثل الهوس.

٣ ـ الفصام (النوع الاضطهادى): فقد توجد سرعة استثارة وغضب وأعراض ذهانية الأمر الذى يجعل التمييز بينهما صعبا، وفى هذه الحالة نلجأ للأعراض المميزة الاحصائية مثل وجود تاريخ عائلى لاضطراب الوجدان، أو تاريخ لنوبة سابقة شفى منها تماما لترجيح تشخيص الهوس.

٤ ـ نوبات الهوس الخفيف: حيث يكون اضطراب الوجدان لا يكفى لإحداث إعاقة اجتماعية أو وظيفية أو يلزمه الحجز فى مستشفى.

ثانيا: الصورة الاكلينيكية لنوبة الاكتئاب العظمى

(Major Depressive Episode)

وأهم ملامحه هى الاكتئاب الوجدانى (أو ربما سرعة الاستثارة فى حالة الأطفال والمراهقين)، أو فقد الاهتمام أو فقد الاستمتاع فى كل الأنشطة أو أغلبها، بالاضافة إلى أعراض مصاحبة لمدة أسبوعين على الأقل، وتمثل الأعراض تغيرا عن الأداء الوظيفى السابق، وهى ثابته أغلب ساعات اليوم، وكل يوم طوال الأسبوعين.

وهناك أعراض مصاحبة تشمل اضطراب الشهية وتغير الوزن واضطراب النوم وزيادة النشاط الحركى أو نقصه (agitation or retardation)، ونقص الطاقة، والشعور بفقد القيمة او الاحساس بالذنب الشديد غير المناسب، وصعوبة التفكير أو صعوبة التركيز، وتكرار فكرة الموت أو افكار أو محاولات انتحارية وليس لذلك سبب عضوى بدأ الاضطراب أو جعله يستمر، والاضطراب ليس تفاعلا طبيعيا لفقد شخص عزيز، كما أنه ليس طارئا على اضطراب ذهانى (الفصام، والاضطراب فصامى الشكل، والاضطراب الضلالى، والاضطراب الذهانى غير المصنف فى مكان آخر)، ولا تطابق مواصفاته اضطراب الفصام الوجدانى.

و يصف الشخص شعوره بالاكتئاب او الحزن أو اليأس وفقد الحماس ، وفى بعض الحالات قد ينكر الشخص شعوره بالاكتئاب ولكن المحيطين به يلاحظون حزنه واكتئابه .. كما يصف فقد الاهتمام بأن أنشطته السارة لم تعد كذلك ، وانه فقد الاستمتاع بالاشياء وتلاحظ الاسرة انسحابه من اصدقائه واهمل انشطته الترفيهية المعتادة والتى كانت مصدر سروره قبل ذلك .

واضطراب الشهية غالبا بالفقد ولكن احيانا تزداد الشهية بدرجة واضحة ، و يصاحب فقد الشهية الشديد نقص الوزن ، وفى حالة الاطفال يفشل فى الوصول الى الوزن المتوقع له ، وعادة يصاحب زيادة الشهية زيادة الوزن .

وعادة يضطرب النوم وغالبا الأرق وأحيانا تكون زيادة النوم ، والأرق قد يشمل صعوبة الدخول فى النوم ، أوأرق يتخلل النوم ، أوأرق فى الصباح الباكر ، أما كثرة النوم فتشمل النوم أكثر من المعتاد أو النوم المتقطع وأحياناً يكون سبب حضور المريض للعلاج هواضطراب النوم .

أما الفوران الداخلى (agitation) فيأخذ شكل عدم القدرة على الاستقرار فى مكان أو التجول أو الطرق باليد أو شد الشعر أو حك الجلد .. والتبلد الحركى فيأخذ بطء حركة الجسم و بطء الكلام مع فترات صمت قبل الاجابة على الأسئلة ، و يكون الكلام بصوت خافت وعلى نغمة واحدة بالاضافة إلى نقص كمية الكلام أو البكم ، و يصاحب ذلك نقص الطاقة والشعور بالاجهاد دون مجهود جسمانى ، وتبدو أمامه أصغر المهام فى صعوبة المستحيل .

و يتفاوت الاحساس بفقد القيمة من مشاعر العجز إلى التقييم السالب للنفس ، مع انتقاد النفس لكل فشل بسيط وتضخيمه ، مع الشعور بالذنب قد يصل لدرجة الضلال ، مع كثرة الأفكار عن الموت وتفضيله على الحياة ، وقد توجد لديه أفكاراً انتحارية أوخطة لذلك وقد ينفذها محاولاً الانتحار .

والأعراض المصاحبة تشمل : البكاء والقلق وسرعة الاستثارة واجترارات وسواسية وانشغال بصحته الجسمانية ونوبات هلع ورهابات .

وعندما توجد أعراض ذهانية (ضلالات أو هلاوس) فإن محتواها عادة يكون واضحا ومتمشيا مع حالة الوجدان .. والضلالات الشائعة فى الاكتئاب ان الشخص مضطهد بسبب سوء أخلاقه أو عجزه الشخصى ، وقد توجد ضلالات

العدمية للعالم أو للشخص ، وقد تكون ضلالات جسمانية (توهم أنه مصاب بالسرطان أو مرض آخر خطير) ، وقد تكون ضلالات الفقر .. وعندما توجد الهلاوس تكون عابرة وقد تحوى أصواتا تلومه .. ونادرا ما يكون محتوى الضلالات والهلاوس غير متسق مع حالة الوجدان (mood incongruent)

وهناك أعراض خاصة تظهر فى أعمار معينة فى حالات الاكتئاب وهى :ـــ

١ ـــ **الأطفال فى مرحلة ماقبل البلوغ :** تكثر الشكوى الجسمانية والفوران الداخلى ، والهلاوس المتفقة مع حالة الوجدان (عادة صوت واحد يتحدث إلى الطفل) ، كما يكثر فى اكتئاب الأطفال أن يصاحبه القلق (القلق العام وقلق الانفصال واضطراب التجنب) .

٢ ـــ **المراهقين :** توجد السلبية أو السلوك المضاد للمجتمع ، وتعاطى العقاقير وادمانها مع العناد واضطراب السلوك ، وتكثر الرغبة فى ترك البيت ، و يشكو من أن الآخرين لا يفهمونه ، وتشكو الأسرة من عدم استقراره وعدوانه ومعارضته لكل شىء وعدم تعاونه فى شئون البيت ، بالاضافة إلى انسحابه من الأنشطة الاجتماعية والانعزال فى حجرته وتأخره الدراسى ، وعدم الاهتمام بمظهره ، مع حساسية خاصة للرفض فى العلاقات العاطفية .

٣ـــ **كبار السن :** أحيانا تكون أعراض الاكتئاب فى كبار السن اضطراب الاهتداء ، وفقد الذاكرة والتشتت ، الأمر الذى يوحى بوجود خرف (Dementia) ، كما أن فقد الاهتمام وفقد الاستمتاع بالأنشطة المعتادة قد يبدو كتبلد أو صعوبة فى التركيز يعطى صورة الخرف الكاذب (pseudo dementia) الذى يرجع إلى الاكتئاب ، و يلزم تمييزه عن الخرف الذى هو اضطراب عقلى عضوى .. ونوبة الاكتئاب العظمى إما أن تكون واحدة (single Episode) أو مترددة (Recurrent) و يلزم ان توصف بذلك مع نوعها الفرعى .

الانواع الفرعية لنوبة الاكتئاب العظمى :ـــ

ولتمييز نوبة الاكتئاب العظمى واستكمال توصيفها توضح شدتها أو نوعها كما يلى :ـــ

١ ــ **خفيفة :** حيث تكون الاعراض طفيفة و ينتج عنها أقل اعاقة وظيفية او علاقات اجتماعية .

٢ ــ **متوسطة :** حيث تكون الاعراض والاعاقة متوسطة الشدة .

٣ ــ **شديدة دون اعراض ذهانية :** حيث تكون الأعراض شديدة و ينتج عنها اعاقة ملحوظة وظيفية واجتماعية .

٤ ــ **مع اعراض ذهانية :** ضلالات أو هلاوس وهى إما :ــ

ــ مناسبة لحالة الوجدان (mood — congruent) محتواها الذنب او الموت أو العدمية .

ــ أو غير مناسبة لحالة الوجدان (mood — incongruent) لاتتضمن (الهلاوس والضلالات) محتوى اكتئابيا (مثل الذنب أو الموت) ، ولكنها اضطهادية (لاعلاقة لها بالاكتئاب) ووضع أفكارفى رأسه ليست خاصة به أوإذاعة أفكاره على الناس .

٥ ــ فى حالة هوادة جزئية .

٦ ــ فى حالة هوادة كاملة .

٧ ــ غير نوعية .

٨ ــ مزمنة : إذا ظلت النوبة مدة عامان متواصلان .

٩ ــ النوع الميلانخولى (Melancholic) : والتى تتحدد بخمسة على الأقل مما يلى :ــ

(١) فقد الاهتمام أو الاستمتاع فى كل الأنشطة تقريبا .

(٢) لايتفاعل مع المثيرات الباعثة على السعادة .

(٣) يكون الاكتئاب أسوأ مايمكن فى الصباح الباكر.

(٤) ينتابه الأرق فى الصباح الباكر (يستيقظ مبكرا عن موعده بساعتين على الأقل) .

(٥) التبلد الحركى أو الفوران الداخلى (agitation) .

(٦) نقص الشهية المرضى، أوفقد الوزن لأكثر من (٥٪) من وزن الجسم فى مدة شهر.

(٧) ليس لديه اضطراب شخصية قبل نوبة الاكتئاب.

(٨) وجود تاريخ سابق لنوبة أو اكثر من نوبات الاكتئاب العظمى وتم شفاءه منها تماما.

(٩) استجاب جيدا لأنواع معينة من العلاجات (عقاقير مضادة للاكتئاب أو الصدمات الكهربائية المحدثة للتشنجات).

ولوحظ وجود علاقة مبدئية بين بدء النوبة من الاضطراب ثنائى القطبية (بما فى ذلك الاضطراب ثنائى القطبية غير المحدد فى مكان آخر) أو نوبة الاكتئاب العظمى المترددة (بما فى ذلك الاضطراب الاكتئابى غير المصنف فى مكان آخر) وبين فترة ستون يوما معينة من السنة (مثل الظهور المنتظم للاكتئاب فى الفترة من بداية شهر اكتوبر الى نهاية شهر نوفمبر)، وتحسن الاكتئاب (أو تحوله إلى هوس أو هوس خفيف) الذى يحدث خلال فترة ستون يوما محددة من العام (مثل اختفاء الاكتئاب من منتصف فبراير إلى منتصف ابريل).. وهذه الملاحظة أدت إلى الأخذ فى الاعتبار للنمط الفصلي (Seasonal Pattern) لاستكمال التوصيف الاكلينكى لاضطرابات الوجدان، على أن يتكرر ذلك فى ثلاث نوبات فى ثلاث سنوات منفصلة أوعلى الأقل فى سنتين متتاليتين.

البداية والمسار والمآل لاضطراب نوبة الاكتئاب العظمي :ـ

يكثر بدء الاكتئاب فى أواخر العشرينيات ولكن قد يبدأ فى أى سن بما فى ذلك الطفولة المبكرة والرضاعة، وتتفاوت البداية من فجائية إلى تدريجية (حيث تكتمل الأعراض على مدى أيام أو أسابيع).. وتتفاوت مدة الاكتئاب العظمى، فالنوبة التى لاتعالج تظل مدة ستة شهور أو أكثر، ومآل نوبات الاكتئاب هو التحسن الكامل، و يعود الشخص لسابق أدائه الوظيفى والاجتماعى، ولكن فى عدد غير قليل من الحالات تظل بعض أعراض النوبة لمدة عامين دون تحسن لفترة شهرين أو أكثر، وهذه النوبات تسمى النوع المزمن، و بعض الناس يصابون

بنوبة واحدة ، ولكن (٥٠٪) ممن يصابون بنوبة اكتئاب عظمى تعاودهم الاصابة بنوبات أخرى ، وهم أكثر عرضة لحدوث الاضطراب ثنائى القطبية لهم ، وأهم مضاعفات الاكتئاب هو الانتحار.

التشخيص الفارق لنوبة الاكتئاب العظمى :

١ ـ اضطراب الوجدان العضوى الاكتئابى : الذى يكون سببه عضوى الناشىء عن تعاطى عقار مثل (الرزربين) ، أو عن عدوى مرضية (مثل الانفلونزا) ، أو نقص افراز الغدة الدرقية .

٢ ـ الخرف التنكسى الأولى (Primary Degenerative Dementia) (مرض الزهيمر والخرف الناتج عن احتشاء متعدد ، حيث أن اكتئاب الشيخوخة يشبه الخرف لوجود اضطراب الاهتداء والتبلد والشكوى من صعوبة التركيز أو النسيان ، وإذا كانت الأعراض تشيرإلى الخرف أكثرمن اكتئاب ، فإن التشخيص يجب ان يكون خرف مع اكتئاب ، اما اذا كانت الاعراض التى تشير الى اكتئاب تعادل تلك التى تشير الى خرف ، فان الأفضل ان نشخص نوبة اكتئاب ونفرض ان اعراض الخرف كاذبة ، و يعالج على انه اكتئاب فاذا تحسن تأكد التشخيص ، واذا لم يتحسن فان التشخيص المناسب هو خرف مع اكتئاب .

٣ ـ تفاعل نفسى لخلل وظيفى مرتبط بمرض عضوى (إعاقة وظيفية ، مثل مبتور الرجل كعاهة جسمانية) .

٤ ـ الفصام : عادة توجد بعض اعراض الاكتئاب مع الفصام ، ولكن اذا طرأت نوبة الاكتئاب على اعراض الفصام المتبقية ، او حدث لفترة قصيرة خلال المرحلة النشطة للفصام فإن اضطراب الاكتئاب غير المحدد فى مكان اخر أو اضطراب التأقلم المصاحب باكتئاب قد يشخص ولكن لاتشخص نوبة اكتئاب عظمى .. أحيانا يصعب تمييز الفصام الكتاتونى المنسحب عن الاكتئاب ، وهنا نلجأ للأعراض الاحصائية مثل التاريخ الاسرى للاكتئاب ونوبة اكتئاب سابقة وشخصية متكاملة قبل المرض .

٥ ـ الفصام الوجدانى : توجد فيه فترات على الأقل مدة أسبوعين خلالها كانت توجد هلاوس أو ضلالات فى غياب اضطراب وجدانى بارز .

٦ ــ فقد عزيز غير مصحوب بمضاعفات (Bereavement) : لا يعتبر مرض عقلى فى حالة ظهور اعراض اكتئاب والشعور بفقد القيمة والأفكار الانتحارية والاعاقة الوظيفية ولكن استمراره لمدة طويلة يشير إلى أن الفقد تحول إلى نوبة اكتئاب عظمى .

ثالثا : الصورة الاكلينيكية للاضطراب ثنائى القطبية

(Bipaler Disorder)

وتتميز بواحدة أو اكثر من نوبات الهوس مصاحبة عادة بواحدة أو أكثر من نوبات الاكتئاب العظمى .. و يوصف تشخيصيا حسب الصورة الاكلينيكية للنوبة الحالية (هوسى أو اكتئابى أو مختلط) ، أو حسب أحدث النوبات إذا كان الاضطراب حاليا فى تحسن كلى أو جزئى ، كما توصف النوبة من حيث شدتها (خفيفة أو متوسطة أوشديدة) ومصاحبتها بأعراض ذهانية من عدمه .

عادة يبدأ الاضطراب ثنائى القطبية باكتئاب . وأغلب المرضى يمرون بنوبات من الهوس والاكتئاب ، إلا أن (١٠ ــ ٢٠ ٪) من المرضى يمرون بنوبات هوس فقط ، و يتميز الاضطراب ثنائى القطبية بأنه مرض متردد ، وفى بداية الاضطراب قد يترسب نوبات الهوس بعد أحداث مرسبة ، ونوبات الهوس التى لاتعالج تظل ثلاثة أشهر ، ولذا فإنه من المفضل استمرار العلاج طول هذه الفترة ، و بتقدم المرض تقل الفترة بين النوبات ، ولكن بعد خمس نوبات تقريبا تصبح الفترة بين النوبات ثابته (من ٦ ــ ٩ شهور تقريبا) .

ومآل الاضطراب ثنائى القطبيه أسوأ من نوبات الاكتئاب العظمى ، والمرضى ذو الأعراض الهوسية افضل مآلا من المرضى ذو الأعراض الاكتئابية أو المختلطة ، كما أن وجود الأعراض الذهانية خلال نوبات الهوس لايعنى سؤ المآل .. ولوحظ بالمتابعة لفترات طويلة أن (١٥ ٪) يتحسنون ، وأن (٤٥ ٪) يتحسنون ولكنهم ينتكسون عدة مرات ، وأن (٣٠ ٪) فى هوادة جزئية ، وأن (١٠ ٪) يصبح مرضهم مزمنا .

التشخيص الفارق للاضطراب ثنائي القطبيه :

١ ـ السيكلوثيميا (Cyclothymia) : حيث توجد نوبات عديدة من الاكتئاب الوجداني أو فقد الاهتمام والاستمتاع الذى لا يتفق مع مواصفات نوبة الاكتئاب العظمى .

رابعا : الصورة الاكلينيكية للسيكلوثيميا

(Cyclothymic Disorder)

و يتسم هذا الاضطراب بالوجدان المضطرب المزمن الذى استمر على الأقل مدة سنتان (أو سنة واحدة فى الأطفال والمراهقين) ، شاملا عديدا من نوبات الهوس الخفيف وفترات عديدة من الاكتئاب الوجدانى أو فقد الاهتمام والاستمتاع بدرجة شدة أو مدة لاتكفى لتشخيص نوبة الاكتئاب العظمى أو نوبة الهوس.. و يلزم لكى تشخص السيكلوثيميا أن تكون المدة سنتان على الأقل (أو سنة واحدة فى حالة الأطفال والمراهقين) لا يخلو فيها من الأعراض الهوسية الخفيفة أو الاكتئابية مدة تزيد عن شهرين ، ولا يوجد برهان واضح على نوبة هوس أو اكتئاب عظمى خلال السنتين الأول من الاضطراب (فنوبة هوس سوف تشير إلى اضطراب ثنائى القطبية ، ونوبة الاكتئاب العظمى دون نوبة هوس سوف تشير إلى اضطراب ثنائى القطبية غير المحدد فى مكان آخر) .. بالاضافة الى أن السيكلوثيميا لاتشخص اذا كانت طارئة على اضطراب ذهانى مزمن (مثل الفصام) ، أو وجد سبب عضوى بدأ الاضطراب أو جعله يستمر.

ومن الجدير بالذكر أن الحدود بين الاضطراب ثنائي القطبيه والسيكلوثيميا غيرواضحة ، و يعتقد بعض الباحثين أن السيكلوثيميا شكل خفيف من الإضطراب ثنائي القطبيه .

وتشبه الأعراض المصاحبة تلك المصاحبة لنوبة الهوس والاكتئاب العظمى ، عدا أنه لا يوجد خلل واضح فى الوظيفة المهنية والاجتماعية ، بل فى بعض الحالات يكون الشخص أكثر انتاجا وظيفيا واندماجا اجتماعيا خلال نوبة

الهوس الخفيف .. و يشيع الادمان كعرض مصاحب لمحاولة علاج النفس بالمهدئات والكحوليات والمنشطات .

عادة يبدأ أضطراب السيكلوثيميا فى المراهقة أو بداية الرشد، وتكون البداية غير واضحة والمسار مزمن ، و يضطرب أداء الشخص الوظيفى والاجتماعى خلال فترات الاكتئاب ولكن الى درجة تقل كثيرا عن مايحدث فى نوبات الاكتئاب العظمى ، وقد يتحول هذا الاضطراب الى اضطراب ثنائى القطبية أو نوبات هوس أو اكتئاب .

خامسا : الصورة الاكلينيكية لاضطراب ثنائى القطبية غير المحدد فى مكان آخر (N.O.S)

ويميزه أعراض هوس أو هوس خفيف لاتتفق مع سمات الاضطراب ثنائى القطيبة السابق تحديده .. ومن أمثلته :ـ

١ ـ نوبة هوس خفيف مع نوبة اكتئاب عظمى واحدة ، وهذه الحالات مايطلق عليها الاضطراب ثنائى القطيبة الثانى (II) .

٢ ـ واحدة أو أكثر من نوبات الهوس الخفيف دون تاريخ لنوبة هوس أو أكتئاب عظمى ، ولا يتفق مع الاضطراب الدورى (سيكلوثيميا) .

٣ ـ نوبة هوس طارئة على اضطراب ضلالى أو بقايا فصام أو اضطراب ذهانى غير محدد فى مكان آخر.

سادسا : الصورة الاكلينيكية للاكتئاب العصابى (ديسثيميا)
(Dysthymia)

وهو اضطراب الوجدان المزمن الذى يتضمن اكتئاب (أو استثارة الوجدان فى الأطفال والمراهقين) أغلب فترات اليوم وفى أغلب الأ يام ولمدة سنتان على الأقل فى الراشدين (وسنة على الأقل فى الأطفال والمراهقين) .. بالاضافة إلى بعض الأعراض المصاحبة الآتية : نقص الشهية أوزيادتها أرق أوزيادة النوم ، نقص الطاقة والشعور بالاجهاد نقص اعتبار الذات ، صعوبة التركيز، صعوبة اتخاذ

القرارات والشعور بالعجز.. ولتشخيص هذا الاضطراب يجب أن تظل الأعراض مدة سنتان لاتختفي خلالها مدة تزيد عن شهرين ، ولاتتفق مواصفاته مع نوبة الاكتئاب العظمى خلال مدة السنتان ، وأن لايكون طارئا على اضطراب ذهانى مزمن مثل الفصام ، وأن لايكون راجعا إلى سبب عضوى .

كثيرا مايكون السبب الظاهرى للاكتئاب العصابى هو اضطراب نفسى غير وجدانى (شخص على المحور الأول) مثل القهم العصابى أو اضطراب التبدين أو القلق أو ادمان مادة ، أو يكون اضطراب جسمانى (مشخص على المحور الثالث) مثل التهاب المفاصل الروماتيزمى .. هذه الحالات من الاكتئاب العصابى تسمى النوع الثانوى ، بينما تلك التى لاتعود إلى اضطراب آخر تسمى النوع الأولى ..

يبدأ الاكتئاب العصابى بداية غير واضحة ، وقد تكون قبل سن الحادية والعشرين وتسمى البداية المبكرة ، وقد تكون عند هذه السن أو بعدها وتسمى البداية المتأخرة ، والمسار مزمن ، وغالبا مايطرأ على المصابين بهذا الاضطراب نوبات الاكتئاب العظمى و يطلق عليه الاكتئاب المتضاعف (Double Depression) وهذا مايجعلهم يبحثون عن العلاج ، وفى هذه الحالة يوضع التشخيصان ، لأن الاكتئاب العصابى سوف يظل بعد تحسن نوبة الاكتئاب العظمى .

والاعاقة التى يسببها هذا الاضطراب طفيفة ، لأنه مزمن ، ونادرا مايحتاج المريض لدخول مستشفى ، ونظرا لأن هذا الاضطراب مزمن فإن أخطر مضاعفاته هو الادمان كمحاولة من المريض بعلاج نفسه بتعاطى المنشطات .

وفى حالة الأطفال والمراهقين يتأثر التفاعل الاجتماعى و يصبحون أكثر خجلا وسلبية أو عنادا وغضبا ، وقد يتأثر انجازهم الدراسى .

التشخيص الفارق للاكتئاب العصابى :ـ

١ ـ يصعب تمييزه بصفة خاصة من نوبات الاكتئاب العظمى لأن أعراضها واحدة ، فنوبة الاكتئاب العظمى يقل فيها أداء الشخص المعتاد بصورة ملحوظة ، بينما الاكتئاب العصابى خفيف الشدة وقد لايؤثر على أداء الشخص ، و يظل

لعدة سنوات.. وعندما تطرأ نوبة اكتئاب عظمى (أو مايسمى بالاكتئاب المتضاعف) يوضع التشخيصان معا.

٢ ـ تغيرات الوجدان الطبيعية: وهى لاتؤثر بأى درجة على أداء الشخص وليست شديدة أو متكررة.

سابعا: الصورة الاكلينيكية للاضطراب الاكتئابى غير المحدد فى مكان آخر

وهى الاضطرابات ذات الملامح الاكتئابية التى لاتتفق مع مواصفات أى من الاضطرابات الوجدانية المحددة، أو اضطراب التأقلم المصحوب باكتئاب وجدانى، ومن أمثلته :ـ

١ ـ نوبة الاكتئاب العظمى الطارئة على فصام متبقى.

٢ ـ اكتئاب خفيف لايتفق مع مواصفات الاكتئاب العصابى.

انتشار الاضطرابات الوجدانية

يعد الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية شيوعا بين البالغين، حيث تصل نسبة الاصابة بالاكتئاب فى وقت مامن حياة البالغين (٢٠٪) لدى الاناث و (١٠٪) لدى الذكور، وتصل نسبة المصابين به فى وقت ما (٥و٤ـ ٢و٩٪)، من الاناث، و (٣و٢ـ ٢و٣٪) من الذكور، ومعدل الانتشار العام (٣ـ ٥٪)، والنساء يصبن به أكثر من الرجال، و يفسر ذلك بأن النساء أكثر تعبيرا عن إنفعالاتهن من الرجال، ولذا فانهن يظهرن الحزن والتعاسة اكثر من الرجال، بينما يلاحظ أن التعرف على الاكتئاب لدى الرجال اكثر صعوبة، و يشير بعض الباحثين ان معدل الانتشار المرتفع لتعاطى مادة (الادمان) بين الرجال يمكن أن يكون مكافئا للاكتئاب (Depressive equivalent) أو اكتئاب مقنع (Masked depression)، وقد يكون السبب هو ماتتعرض له المرأة من ضغوط خاصة بها مثل الحمل والولادة والشعور بالعجز أو القهر فى بعض المجتمعات،

بالاضافة الى ماتتعرض له من تغيرات هرمونية مع الدورة الشهرية .. و يستوى الذكور والاناث فى انتشار الاضطراب ثنائى القطبية بينهم .

ويحدث الاكتئاب فى كل الاعمار بما فى ذلك الطفولة ، ولكن نسبة (٥٠٪) يصابون بين العشرين والخمسين (بمتوسط عام ٤٠ سنة) ، بينما يكون الاضطراب ثنائى القطبية قبل هذه السن بمتوسط عام ثلاثون عاما .

و يكثر الاكتئاب والاضطراب ثنائى القطبية بين المطلقين والأرامل والمهاجرين حديثا ، وتنتشر الاضطرابات الوجدانية بين جميع الطبقات الاجتماعية ، وتزداد بين الأقارب من الدرجة الأولى للمصابين بها .

و يعد الاكتئاب من أهم أسباب الانتحار ، فلقد لوحظ (٥٠ ــ ٧٠٪) ممن انتحروا كانوا يعانون من الاكتئاب .

و بالنسبة للاضطراب الدورى (سيكلوثيميا) والاكتئاب العصابى (ديسثيميا) فإن الدراسات الانتشارية لهما قليلة وذلك لجدتهما ضمن تصانيف الاضطرابات الوجدانية .

أسباب الاضطرابات الوجدانية

أجريت دراسات عديدة لكشف أسباب الاضطرابات الوجدانية تناولت النواحى البيولوجية والنفسية والاجتماعية ، ولكن مازالت الأسباب غير معروفة ، ولوحظ تضافر عوامل مختلفة بيولوجية ونفسية واجتماعية .

اولا : العوامل البيولوجية :

١ ــ الجينات الوراثية : كشفت الدراسات الأسرية ودراسات التوائم عن أدلة تشير إلى وجود عامل جينى له دور هام فى نقل الاضطرابات الوجدانية .

فلقد لوحظ أن الاكتئاب والاضطراب ثنائى القطبية ينتشران فى عائلات معينة ، حيث أن حوالى (٥٠٪) على الأقل من مرضى الاضطراب ثنائى القطبية يكون أحد الأبوين مصابا باضطراب الوجدان ، وإذا كان أحد الوالدين مصابا فإن أى طفل له يكون معرضا للاصابة باضطراب الوجدان بنسبة (٢٧٪) ، وتزيد

هذه النسبة إلى (٥٠ــ ٧٠٪) إذا كان كلا الوالدين مصابا باضطراب الوجدان .. كما لوحظ فى دراسات التبنى ان هناك علاقة فى إصابة الأطفال المتبنين باضطراب الوجدان تناسب الاباء البيولوجيين دون الاباء بالتبنى .

وتشير دراسات التوائم عن معدل تطابق للاضطراب ثنائى القطبية يصل إلى (٦٧٪) فى التوائم المتماثلة ، و يقل إلى (٢٠٪) فقط فى حالات التوائم غير المتماثلة ..

واستنتج من ذلك أهمية الأصول الجينية فى حدوث الاضطرابات الوجدانية ، وافترض أنه جين جسدى أحادى سائد (Single autosomal dominant) ، أو أنه متعدد الأساس الجينى ، كما افترض أنه يرتبط بالجين الأنثوى (X-Linked) ، وذلك لشيوع هذه الاضطرابات أكثر بين النساء .

٢ ــ الأمينات الحيوية :ــ

لوحظ وجود علاقة سببية بين الأمينات الحيوية فى الدماغ و بين الاضطرابات الوجدانية وذلك من خلال مايلى :ــ

- نقص الأمينات الحيوية ينتج عنه مرض الاكتئاب ، كما فى حالة تعاطى الرزربين .
- وجود اختلال فى مخلفات أيض الأمينات الحيوية[١] فى الدم والبول والسائل النخاعى الشوكى (C.S.F) لمرضى اضطراب الوجدان .
- ملاحظة نقص ناتج أيض النورأدرينالين فى مرضى الاكتئاب بينما يكون مرتفعا فى (٥٠٪) من مرضى الهوس .
- نقص تركيز ناتج السيروتونين (5HIAA.) فى دماغ المكتئبين الذين ينتحرون .
- وجود دور لبعض الناقلات العصبية من الأحماض الأمينية خاصة الجابا

---

(١) وتشمل مخلفات ايض الامينات الحيوية : ٥ــ هيدروكس اندول حمض الاسيتيك (5H.I A.A) ناتج أيض السيروتونين ، حمض الهموفانيليك (H.V.A.) وناتج أيض الدوبامين ، ٣ـ ميثوكس ـ ٤ هيدوكس فينيل جليكول (M. Hp. G) ناتج أيض النوراد رينالين .

(GABA) والببتيدات النشطة عصبيا خاصة المورفينات الداخلية فى بعض الاضطرابات الوجدانية .

— علاقة بين تعاطى أقراص منع الحمل والاكتئاب الذى يتحسن باعطاء بيريدوكسين (Pyridoxine) الانزيم المساعد فى تخليق السيروتونين .

٣ — اختلال النشاط الهرمونى :—

لوحظ وجود اختلالات هرمونية فى مرضى اضطراب الوجدان من خلال الآتى :—

— زيادة افراز الكورتيزون فى بعض المكتئبين فى اختبار الدكساميثازون المثبط (٢) ، وهو استرويد خارجى يقلل من معدل الكورتيزون فى الدم ، وهذا يشير إلى خلل فى المحور الطرفى الهيبوثلامى النخاعى الكظرى (Limbic- hypothalamic- Pitaitary- adrenal) وخلص بعض الباحثين إلى علاقة بين أعراض اضطراب الوجدان واختلال هذا المحور، وإلى اختلال وظيفة الهيبوثلاموس وتغير النوم والشهية والسلوك الجنسى والتغيرات البيولوجية فى الغدد والمناعة ، كما شبه بين بطء الحركة ونقص الوظائف المعرفية الذى يلاحظ فى الاكتئاب واضطراب النوى القاعدية كما فى مرض الباركنسون .

— اكتئاب الدورة الشهرية وماقبلها ، وتوقف الدورة الشهرية فى حالات اضطراب الوجدان الشديدة .

— نوبات الهوس أو الاكتئاب قد تصاحب مرض كوشنج (Caushing's Dis) أو تعاطى الكورتيزون .

٤ — اختلال الكهارل : (electrolytes) :

حيث لوحظ زيادة الصوديوم المتبقى (Residual) فى حالات الاكتئاب بنسبة (٥٠ ٪) ، وفى حالات الهوس بنسبة (٢٠٠ ٪)

---

(٢) Dexamethasone suppression :—
وهذا الاختبار ليس شاذا فى الاكتئاب فقط ولكن فى أمراض أخرى مثل الوسواس القهرى .

ثانيا : العوامل الاجتماعية والبيئية :ــ

لوحظ أن الظروف الحياتية الضاغطة فى الطفولة (مثل فقد أحد الوالدين وغياب التخطيط الأسرى فى طريقة التربية ، وتصلب الأم فى معاملة الطفل والتربية الاعتمادية) تهيء لحدوث الاضطرابات الوجدانية .. كما أن فقد الزوج (أو الزوجة) والعزلة الأسرية ، والضغوط الاقتصادية أو الدينية قد يرسب الاضطرابات الوجدانية .

ثالثا : العوامل النفسية :ــ

ان عدم النضج الانفعالى وثنائية المشاعر والشعور بالعجز المتعلم ، والفهم الخاطىء للخبرات الحياتية ، وتقويم النفس السالب والتشاؤم واليأس ، كلها عوامل نفسية تهيء لحدوث الاضطرابات الوجدانية .

ومن أبرز التغيرات الدينامية للاضطرابات الوجدانية :ــ

- أن نوبات الاكتئاب تترسب بفقد موضوع الحب ، الذى يحفز نكوص الأنا إلى المرحلة الفمية السادية بسبب التثبيت فى الطفولة المبكرة .
- تبدأ الاكتئابات بازدياد الحاجات النرجسية (الشعور أنه مامن أحد يحبنى) ، ولكن سرعان ماتنقلب هذه العدوانية إزاء الموضوعات المحبطة الى عدوانية ضد أنا المريض ، وتظهر كراهية الذات فى صورة الشعور بالاثم ، أى تنقلب الانا العليا ضد الانا .
- وفى الاضطراب ثنائى القطبية او الاضطراب الدورى : فسر طبقا لعامل الدورية البيولوجى (دورة الجوع والشبع) (واللذة بعد الألم) ، الذى يرى ان كل معاناة تخول الحق فى بهجة تعويضية لاحقة ، وعلية فإن حالة المرح المرضى عند مريض الهوس دليل على أن التوتر بين الأنا العليا والأنا والذى كان مسرفا فى الشدة ومسببا للاكتئاب ، قد انفرج فجأة ، وكأن الأنا تحتفل بهذه المناسبة .

علاج الاضطرابات الوجدانية

فى خطة العلاج يجب ان يضع المعالج فى اعتباره خطورة المريض على نفسه (بالانتحار)(٣) ، أو على غيره (بالقتل) ، الأمر الذى قد يستلزم ادخال المريض مستشفى ، بل و وضعه تحت الملاحظة المستمرة داخلها .

أولا : العلاج الكيميائى والفيزيائى :ــ

١ ــ علاج نوبات الهوس :ــ

(١) التهدئه للمريض بمضادات الذهان (مثل مجموعة الفينوثيازين أو البيوتيروفينون) ، أو جلسات العلاج بالكهرباء (.E.C.T) .

(٢) العلاج بأملاح اللثيوم : التى ثبتت فعاليتها فى علاج حالات الهوس ، و يلزم أن تستمر مضادات الذهان لمدة أسبوع مع أملاح الليثيوم (لأن الليثيوم لا يعطى تأثيره فى الجهاز العصبى قبل خمسة أيام) .

٢ ــ علاج الاكتئاب :ــ

(١) مضادات الاكتئاب : وتشمل مجموعات أربعة هى منشطات الجهاز العصبى ، والمركبات ثلاثية الحلقات ، ومثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية ، بالاضافة إلى مضادات الاكتئاب الحديثة .. و يعتمد اختيار العقار المناسب على الاستجابة السابقة للمريض ، أو على نوع الاكتئاب كيميائيا (أدرينالياــ adrenergic أو سيروتونياــ Serotonergic)(٤)

---

(٣) توجد مؤشرات تشير إلى ميول انتحارية (هى محاولات انتحار سابقة جادة ، التهديد بالانتحار ، تاريخ حالات انتحار فى أسرة المريض ، الشعور بالذنب وعدم الاستقرار ، والهدوء المفاجىء بعد توتر) .

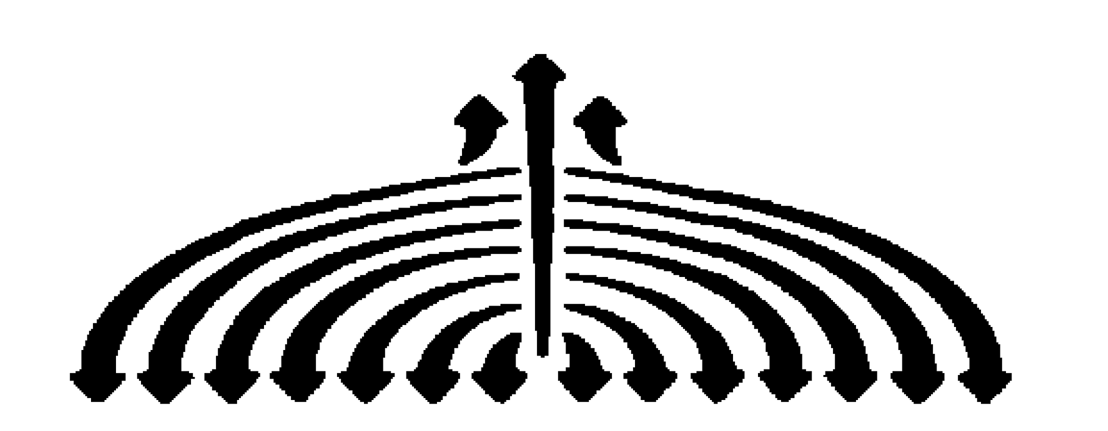
(٤) يتميز الاكتئاب الادرينالينى بزيادة النشاط والحركة وعدم الاستقرار ، وزيادة مخلفات أيض النورأدرينالين فى البول ، و يفيد فيه عقار الاميتريبتيلين (amitriptyline) ، بينما يتميز الاكتئاب السيروتونى بالكسل والبلادة وكثرة النوم وزيادة مخلفات ايض السيروتونين فى البول و يفيد فيه عقار الإيميبرامين (Imipramime) .

(٢) جلسات العلاج بالكهرباء : خاصة الاكتئاب المصاحب بميول انتحارية والشديد ، وتكون مصاحبة بالعقاقير.

ثانيا : العلاج النفسى :ــ

يعد العلاج النفسى من المداخل الهامة فى علاج حالات الاكتئاب بصفة خاصة ، لتفريغ الشحنة الانفعالية العدوانية المتوجهة نحو الذات ، وتقليل حدة العداء بين الأنا العليا والأنا ، وتقليل الشعور بالذنب ، ومساعدته على الارتباط بالواقع وعدم العزلة ، وتعديل افكاره تجاه نفسه والآخرين .. و يكون العلاج تدعيميا فى حالات الهوس .

ثالثا : العلاج الاجتماعى: مساعدة المريض اجتماعيا وحل مشاكله الاجتماعية ، وإحداث التغيرات البيئية المناسبة لتقليل معاناته .



الفصل السادس

مقدمة :ـــ

١ ـــ طبيب فى الثانية والثلاثين من عمره متزوج ولديه أطفال ، يعانى من نوبات من الخوف المفاجىء الذى يصل الى درجة الهلع والشعور بالموت المحتم مع ضيق فى التنفس وشعور بعدم الاتزان وسرعة فى ضربات القلب والرعشة والعرق ، وحدثت له عدة مرات خلال السنة الماضية ودون سبب واضح ، وعرض نفسه على كبار أطباء القلب والصدر فأكدوا سلامته بعد عمل الاستقصاءات اللازمة ، أما فحصه النفسى فلم يكتشف سوى عن قلقه وضيقه من هذه النوبات .

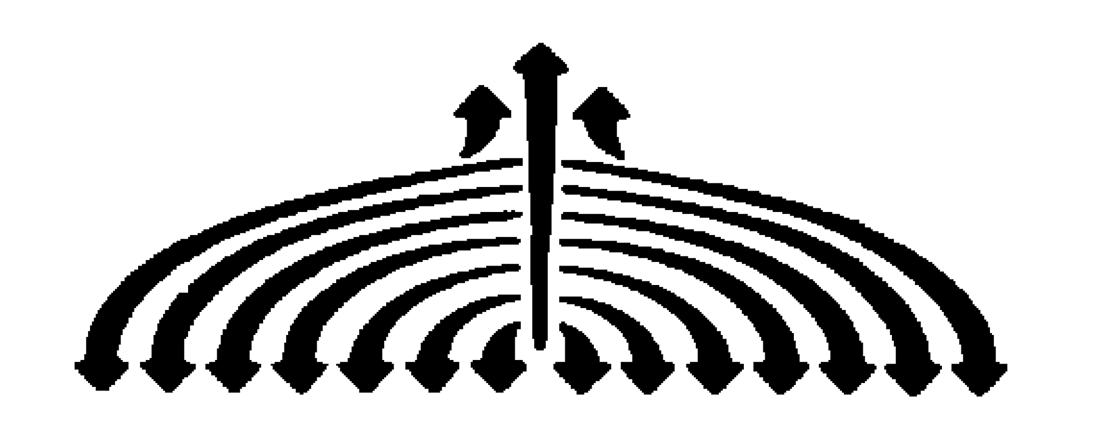
٢ ـــ سيده فى الخامسة والثلاثين من عمرها ، ربة بيت ولديها أطفال ، تعانى من رهبه من التواجد وحدها فى السوق أو الشارع ، واذا حدث فانها تشعر بخوف شديد مع رغبة فى التبول وجفاف فى الحق ، فتتجنب النزول الى الشارع دون مرافقة شخص آخر على الأقل تكون متشبثة بذراعه .

٣ ـــ طالب جامعى فى السادسة والعشرين من عمره ، يشكو من الارتباك أمام الآخرين خاصة إذا كانوا يلاحظونه فى كلام أو مشى ، وعندما اضطرته الظروف أن يتبول فى مرحاض عام فى وجود آخرين بجانبه لم يستطع برغم رغبته فى التبول ، وهو يتجنب هذه المواقف قدر استطاعته لدرجة أنه لايذهب إلى الجامعة إلا نادرا وهو ماتسبب فى تكرار رسوبه .

٤ ــ موظف فى الرابعة والثلاثين من عمره متزوج ولديه طفلان ، يشكو من تكراره لبعض التصرفات بعدد فردى و بغير هدف مع معرفته بسخافة مايفعل ويحاول جاهدا منع نفسه فلا يستطيع ، وإذا أمسك عن ذلك شعر بتوتر حتى يأتى بالفعل فيقل توتره ومن أمثلة أفعاله دخول المطبخ والخروج منه بعدد ٧ مرات أو ٩ أو ١٣ مرة وأحيانا يوقف سيارته فى الشارع و ينزل منها و يصعد اليها بنفس الاعداد السابقة قبل أن يستأنف سيره .

هذه أمثلة لحالات اكلينيكية سوف نعرض لها فى هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع اهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟

ماهى هذه الأهداف ؟



اضطرابات القلق

(Anxiety Disorders)

تتميز هذه المجموعة من الاضطرابات باعراض القلق والسلوك التجنبى ، ففى اضطراب الهلع والقلق العام يكون القلق هو العرض الشائع ، وسلوك التجنب يوجد غالبا فى اضطراب الهلع المصاحب بالخوف من الأماكن المتسعة ، وفى اضطرابات الرهاب يخبر الشخص القلق عند مواجهة الموضوع (أو الموقف) المرهوب(١) ، وفى اضطراب الوسواس القهرى يخبر الشخص القلق اذا حاول أن يقاوم الوساوس أو الطقوس ، أما سلوك التجنب فيوجد غالبا فى اضطرابات الرهاب ، وكثيرا مايوجد فى اضطرابات الوسواس القهرى . وتصنف اضطرابات القلق الى مايلى :ـ

١ ـ اضطراب الهلع .

أ ـ المصحوب برهاب الاماكن المتسعة .

ب ـ غير المصحوب برهاب الاماكن المتسعة .

٢ ـ رهاب الاماكن المتسعة دون تاريخ لنوبات هلع .

٣ ـ الرهاب الاجتماعى .

٤ ـ الرهاب البسيط .

٥ ـ اضطراب الوسواس القهرى .

٦ ـ اضطراب الانعصاب التابع لحادثة .

٧ ـ اضطراب القلق العام .

٨ ـ اضطراب القلق غير المصنف فى مكان اخر .

---

(١) يعد القلق المرتبط بالانفصال عن الوالدين أحد أشكال التفاعل الرهابى ولكنه يصنف كقلق انفصال ، وكذلك التجنب الرهابى المرتبط بالوظيفة الجنسية يصنف كاضطراب جنسى .

١ ـ اضطراب الهلع

(Panic Disorders)

ويتميز هذا الاضطراب بحدوث نوبات متكررة من القلق الحاد والشديد ، وعادة يظل لأقل من ساعة ، وقد تظل عدة ساعات (وهذا نادرا) ، وتكون النوبات غير متوقعة ، وليس لها سبب عضوى .

ولقد كان اضطراب الهلع ضمن اضطراب القلق أوما كان يسمى بعصاب القلق (anxiety neurosis) ، كما كانت كل اضطرابات الرهاب معا ضمن عصاب الرهاب (phobic neurosis) ولكن فصلت هذه الاضطرابات فى التصنيف الاحصائى التشخيص الثالث (D S M — III) ، بناءا على أن لزمات معينة لها مسارات مختلفة وتاريخ عائلى مختلف واستجابة للعلاج مختلفة .

الصورة الاكلينيكية :ـ

تبدأ نوبات الهلع بداية مفاجئة بشعور شديد بالانقباض أو فزع أو خوف ، وغالبا يوجد شعور بالهلاك المحتم ، ونادرا يخبرها الشخص كشعور حاد بعدم الراحة خلال معظم نوبات الهلع يوجد أكثر من ستة أعراض معا ، (النوبات التى تشمل أربعة أعراض أو أكثر تعرف كنوبات هلع مكتملة ، أما النوبات التى تشمل أعراض أقل من أربعة فتعد نوبات محدودة الأعراض) .

والأعراض التى تحدث أثناء النوبة هى : ضيق التنفس وشعور بالاختناق ودوخة وشعور بعدم الاتزان والاغماء وسرعة ضربات القلب والشعور بها ، والارتجاف والرعشة والعرق والغثيان او اضطراب البطن ، واختلال الانية واختلال ادراك البيئة والخدر والشعور بالتنميل وسخونة الجسم أو الارتجاف ، وألم بالصدر أو الشعور بعدم الراحة والخوف من الموت والخوف من أن يصبح مجنونا أو أن يحدث له شيء لايمكن التحكم فيه خلال النوبة .

وفى غالبية حالات اضطراب الهلع التى نشاهدها فى الممارسة الاكلينيكية يحدث للشخص بعض أعراض الخوف من الأماكن المتسعة ، وهى الخوف من التواجد فى أماكن يصعب الهروب منها والتى يمكن ان تكون المساعدة غير متاحة فيها إذا حدثت نوبة الهلع أو الشعور بالخجل والارتباك الاجتماعى ولهذا

الـخوف يوجد تخوف من السفر أو الحاجة لرفيق عندما يكون بعيدا عن البيت ، أو يوجد عدم تحمل لمواقف الأماكن المتسعة بغض النظر عن القلق الحاد ، والمواقف المتسعة الشائعة(٢) تشمل التواجد خارج البيت وحيدا ، أو التواجد فى مكان مزدحم مثل أتوبيس أو قطار.

و يصاحب اضطراب نوبات الهلع درجات متفاوتة من العصبية والانقباض بين النوبات ، و يركز الشخص انقباضه على الخوف من حدوث نوبة أخرى ، كما توجد أعراض اكتائبية مصاحبة أيضا ، وقد يصاحب تدلى الصمام التاجى (Mitral valve prolapse) ولكن هذا لايلغى تشخيص نوبات الهلع .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :ـ

يبدأ هذا الاضطراب عادة فى أواخر العشرينيات من العمر، وتتكرر النوبات عدة مرات أسبوعيا أو حتى يوميا ، ونادرا ماتكون نوبة وحيدة يتبعها خوف ثابت من حدوث نوبة أخرى ، وقد يكون الاضطراب قصير الأمد (عدة أسابيع أو شهور) . وقد يتردد عدة مرات ، أو يظل لعدة سنوات ، مع فترات متفاوته من التحسن الجزئى أو الكامل والاشتدادات .. وتتفاقم أعراض نوبات الهلع بالاسراف فى تعاطى الكافيين (الموجود فى المنشطات مثل الشاى والقهوة) ، وكشفت المتابعة على المدى البعيد تحسن (٥٠ ٪) من المرضى واختفاء النوبات ، وان النوبات ظلت دون تغير فى (٢٠ ٪) من الحالات . وقد تظهر اعراض الاكتئاب فى (٧٠ ٪) ، ولوحظ أن (٢٠ ٪) من هؤلاء يتحولون إلى مدمنين ، وقد يصاحب اضطراب الهلع بإعاقة اجتماعية و وظيفة محدودة اولا يصاحب اطلاقا ، اما اضطراب الهلع المصاحب برهاب الاماكن المتسعة فيرتبط باعاقة أكثر، قد تصل إلى عدم مغادرة الشخص لمنزله فيتأثر بذلك عمله وعلاقاته الاجتماعية .. والمرضى الذين يحمل التنبؤ لهم مآلا حسناهم ذو الاداء الحسن قبل المرض وأعراضهم لفترات قصيرة .

---

(٢) يشمل الخوف من الاماكن المتسعة تلك الحالات غير المعتادة التى فيها تجنب ثابت نشأ اثناء مرحلة نشطة لاضطراب الهلع ، ولكن الشخص لايعزى السلوك التجنبى الناتج الى الخوف من حدوث نوبات الهلع

تشخيص اضطراب الهلع :ــ

يشخص الاضطراب طبقا للدلالات التشخيصية التالية :ــ

أ ــ فى وقت ما أثناء الاضطراب واحدة أو أكثر من نوبات الهلع حدثت وكانت غير متوقعة وليست ناشئة عن موقف فيه كان الشخص بؤرة اهتمام الآخرين .

ب ــ و يشترط أن تكون أربعة نوبات بالمواصفات السابقة (فى ــ أ) خلال فترة أربعة أسابيع ، أو واحدة أو أكثر من النوبات تبعتها مدة شهر على الاقل من الخوف من حدوث نوبة أخرى .

ج ــ ويجب ان تشمل كل نوبة على أربعة على الأقل من الأعراض الآتية :ــ

(١) كرشة النفس أو الشعور بالاختناق .

(٢) الدوخة أو الشعور بعدم الثبات أو الاغماء .

(٣) سرعة ضربات القلب أو الشعور بها .

(٤) الارتجاف أو الرعشة .

(٥) العرق .

(٦) الاختناق .

(٧) الغثيان او اضطراب المعدة .

(٨) اختلال الانية او اختلال ادراك البيئة .

(٩) الخدر او احساس التنميل .

(١٠) سخونة الجسم أو الارتجاف .

(١١) ألم فى الصدر أو شعور بعدم الراحة .

(١٢) الخوف من الموت .

(١٣) الخوف من أن يصبح مجنونا أو أن يفعل شيء غير مضبوط .

د ــ ولا يوجد سبب عضوى بدأ الاضطراب أو حافظ على استمراره مثل الأمفيتامين أو التسمم بالكافين أو زيادة نشاط الغدة الدرقية .

و يشخص نوع اضطراب الهلع طبقا لما يلى :ـــ

ا ـــ اضطراب الهلع المصاحب برهاب الاماكن المتسعة : و يشخص بالا تى :ـــ

أ ـــ يتفق مع مواصفات اضطراب الهلع .

ب ـــ رهاب الاماكن المتسعة : الخوف من التواجد فى أماكن متسعة التى منها يصعب الهروب أو قد لاتكون المساعدة متاحة فيها فى حالة حدوث نوبة الهلع ــ وكنتيجة لذلك يحد من ترحاله أو يحتاج لمرافق خارج البيت .

وتشخيص شدة التجنب الرهابى للاماكن المتسعة كمايلى :ـــ

(١) **خفيف :** بعض التجنب ولكن نسبيا حياة طبيعية يعيشها الشخص ، مثل سفره وحده عندما يضطر لذلك .

(٢) **متوسط :** التجنب ينتج تضيق فى نمط الحياة ، حيث يستطيع الشخص ترك المنزل وحيدا ولكن ليس لمسافة بعيدة .

(٣) **شديد :** التجنب يجعل الشخص مرتبط بالمنزل لا يغادره دون صحبة .

(٤) **فى تحسن (هوادة) جزئية :** لا يوجد سلوك تجنبى حاليا ولكن كان موجود بدرجة ما خلال الشهور الستة الماضية ..

(٥) **تحسن (هوادة) كامل :** ليس هناك سلوك تجنبى حاليا ولا خلال الشهور الستة الماضية .

كما تشخص أيضا شدة نوبة الهلع :ـــ

(١) **خفيفة :** خلال الشهر الماضى إما أن كل النوبات كانت محدودة الأعراض ، أو أنها كانت نوبة واحدة .

(٢) **متوسطة :** خلال الشهر الماضى كانت النوبات بين الخفيفة والشديدة .

(٣) **شديدة :** خلال الشهر الماضى حدث على الاقل ثمان نوبات هلع .

(٤) فى هدأة جزئية : حيث تكون الحالة بين التحسن الكامل والخفيفة .

(٥) فى هدأة كاملة (تحسن كامل) : خلال الشهور الستة الماضية لم تحدث نوبات هلع أو حتى نوبات محدودة الأعراض .

٢ ــ اضطراب الهلع غير المصاحب برهاب الأماكن المتسعة و يشخص :ــ

أ ــ بمواصفات نوبات الهلع .

ب ــ وغياب رهاب الأماكن المتسعة .

وتحدد شدة نوبة الهلع كما سبق .

التشخيص الفارق :ــ

١ ــ الاضطراب العقلى العضوى : حيث أن هناك اسباب عضوية مثل نقص السكر فى الدم وزيادة إفراز الغدة الدرقية وورم القواتم (pheochromocytoma) يمكن أن تحدث اعراضا مشابهة ، ولكن فى وجود هذه الأسباب لاتشخص نوبات الهلع .

٢ ــ حالات الانسحاب لبعض المواد المخدرة مثل الباربتيورات (ولكن هناك تاريخ لتوقف تعاطى مادة) .

٣ ــ حالات الانسمام الناتج عن الكافيين أو الامفيتامين ، فقد توجد نوبات هلع ولكن يوجد تاريخ لتعاطى مادة .

٤ ــ الرهاب البسيط : قد تحدث للشخص نوبات هلع قبل أو عند التعرض للمثير المرهب ، وشدة النوبة تتفاوت باقتراب المثير وابتعاده .

٥ ــ الرهاب الاجتماعى : قد يحدث للشخص نوبات هلع تنشط (تبدأ) لكونه بؤرة اهتمام الآخرين ، بينما فى نوبات الهلع لايحدث ذلك .

انتشار اضطراب الهلع :ــ

تصل نسبة انتشار اضطراب الهلع إلى (٢٪) من عامة الناس ، ومن (٥ ــ ٢٥٪) من مرضى العيادة الخارجية للأمراض النفسية ، و يشيع اضطراب الهلع المصاحب برهاب الأماكن المتسعة فى الممارسة الاكلينيكية ، وهو أكثر بين النساء

عنه بين الرجال (٢ : ١) أما غير المصاحب برهاب الأماكن المتسعة فيستوى فيه الجنسين .

أسباب اضطراب الهلع :

أ ــ عوامل بيولوجية : إن نجاح علاج اضطراب الهلع بمضادات الاكتئاب شجع على البحث فى النواحى البيولوجية ، ولوحظ الآتى :ــ

١ ــ أن استقصاءات الغدد الصماء لم تكشف عن شذوذ فى اختبار (Dexamethasone Suppression) فى مرضى اضطراب الهلع .

٢ ــ لوحظ تبلد فى استجابة هرمون النمو عند التنشيط بواسطة الكلونيدين ونقص فى هرمون البرولاكتين ونقص الاستجابة لهرمون منشط الغدة الدرقية .

٣ ــ حقن لاكتات الصوديوم وريديا (infusion) يحدث نوبات هلع فى (٧٠٪) من مرضى الهلع و(٥٪) فقط من الاسوياء ، حيث ان اللاكتات تحدث زيادة غير طبيعية فى النورادرينالين للمرضى الذين لديهم قابلية واستوحيت هذه الفكرة من ان مرضى القلق لديهم قدرة ضعيفة فى اداء التمارين الرياضية و يتكون لديهم حمض لاكتيك اكثر من الاسوياء ، واحيانا تحدث لهم نوبات هلع بعد التمارين الرياضية .

٤ ــ استنشاق ثانى اكسيد الكربون بواسطة الاشخاص ذوو القابيلية يحدث قلق وهلع رغم أن الالية فى ذلك غير معروفة الا ان ثانى اكسيد الكربون يزيد من نشاط خلايا الموضع الازرق (Locus Cerules) .

٥ ــ دراسة تدفق الدم المخ كشفت عن زيادة الدم المتدفق لنصيف المخ الأيمن غير السائد وللمنطقة المجاورة لقرن أمون (Hippocampus) ، فى مرضى اضطراب الهلع الذين لديهم نتائج موجبة فى اختبار حقن اللاكتات ، كما لوحظ زيادة أيض المخ لدى هؤلاء المرضى ، وهذه النتائج ليست موجودة فى مرضى اضطراب الهلع السالبين فى اختبار اللاكتات وفى الأسوياء .

٦ ــ لوحظ وجود بروز الصمام الميترالى (Mitral Valve Prolapse) فى (٥٠٪) من مرضى اضطراب الهلع بينما وجوده فى عامة الناس (٥٪) فقط و يبدو أن

الصمام الميترالى واضطراب الهلع لهما أساسا جينى واحد وهما أكثر لدى الاناث منهما لدى الذكور.. وفى وجود (Middiastolic click) عند فحص قلب المريض باضطراب الهلع يحول لرسام القلب الكهربائى (E.C.G) لتشخيص بروز الصمام الميترالى ، كما أن تسمم الغدة الدرقية يصاحب كلا من اضطراب الهلع و بروز الصمام الميترالى ولذا يجب عمل استقصاءات للغدة الدرقية .

ب ــ **الوراثة :** يوجد برهان قوى على وجود أساس جينى لاضطراب الهلع فحوالى (١٥ــ ٧٥٪) من الأقارب من الدرجة الأولى لمرضى اضطراب الهلع يصابون بالمرض و بالمقارنة فإن معدل إصابة التوائم المتماثلة هو (٨٠ــ ٩٠٪) و (١٠ ــ ١٥٪) من التوائم غير المتماثلة . أما الأساس الجينى لرهاب الأماكن المتسعة فيعد أقل وضوحا برغم أن هناك تقارير تشير إلى أن (٢٠٪) من الأقارب من الدرجة الأولى لديهم (أو قد يصابون) بنفس الاضطراب .

جـ ــ **النظريات النفسية والاجتماعية :ــ**

١ ــ تفسر النظرية الدينامية نوبات الهلع على أنها دفاع غير ناضج ضد الدفعات الباعثة على القلق ، مع خبرات فقد وقلق انفصال فى الطفولة .
والحيل الدفاعية المستخدمة هى الكبت والنقل والتجنب والترميز .

٢ ــ أما النظريات السلوكية فتعزى القلق والهلع أنه استجابة متعلمة ، إما من نموذج والدى أو خلال تشريط كلاسيكى .

علاج اضطراب الهلع :ــ

يعالج الهلع بمضادات الاكتئاب (ثلاثية الحلقات أو مثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (M. A. OI.) ، و يعد عقار الإيميبرامين (Imipramine) أكثر العقاقير ملاءمة ، ولكن هناك دراسات تشير إلى أن عقار الديسيبرامين (Desipramine) أكثر فاعلية وأقل أعراضا جانبية ، وكذلك

الفنلزين (Phenelzine) أحد مثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية .. ويمكن اعطاء بروبرانولول (Propranolol) أو البرازولام (alparazolam) فى الحالات التى لاتستجيب للعقاقير السابقة .. وبعد الشفاء يجب أن يستمر العلاج لمدة ستة شهور إلى سنة ثم يوقف العلاج تدريجيا ، وإذا عادت الأعراض يعطى العلاج ثانية .. وليس هناك دليل على أن مضادات الاكتئاب مفيدة فى حالات رهاب الأماكن المتسعة دون نوبات هلع ، ولذا فالعلاج فى هذه الحالات عقاقير مع علاج سلوكى فى صورة سلب الحساسية وزيادة التعرض للموقف المسبب للرهاب ، بالاضافة إلى تمارين الاسترخاء (Formal Muscle relaxation) أو تمارين التصوف .. وهناك العلاج النفسى التبصيرى لافهام المريض المعنى اللاشعورى للقلق لديه وما يرمز إليه الموقف المتجنب ، والحاجة إلى كبت النزعات ، والمكسب الثانوى للأعراض .

٢ ـ رهاب الأماكن المتسعة غير المصاحب باضطراب الهلع

(Agoraphobia Without history of panic disorder)

ويميز هذا الاضطراب رهاب الأماكن المتسعة دون تاريخ سابق أو حالى لاضطراب هلع .. ورهاب الأماكن المتسعة هو الخوف من التواجد فى أماكن أو مواقف يصعب الهروب منها أولا تكون المساعدة متاحة فيها فى حالة حدوث الأعراض فجأة ، والتى قد تكون معوقة أو مربكة إلى حد كبير. ونتيجة لهذا الخوف فإن الشخص إما أن يحد من تنقلاته أو يحتاج إلى رفيق عند خروجه من البيت .. والمواقف الشائعة فى رهاب الاماكن المتسعة مثل الخروج من البيت وحيدا ، أو التواجد فى مكان مزدحم ، أو على محطة أتوبيس أو سفر فى قطار أو سيارة .. وعادة يخاف الشخص من حدوث نوبة ذات اعراض محدودة مثل لمن يعانى دوخة أو اختلال الانية أو اختلال ادراك البيئة ، أو فقد السيطرة على المثانة أو الشرج أو القيء ، فى بعض الحالات حدثت هذه الاعراض قبل ذلك وقد ينشغل الشخص بحدوثها مرة اخرى ، وفى حالات اخرى لم تحدث هذه الاعراض فى الماضى ولكنه يخاف احتمال حدوثها .. و يصاحب الاضطراب أعراض اضطراب الشخصية التجنبية بصفة خاصة .

يبدأ هذا الاضطراب عادة في العشرينيات أو الثلاثينيات و يظل لعدة سنوات ، والإعاقة فيمن يمثلن للعلاج شديدة ، وقد يحدث لهم اضطراب هلع . . وهو اضطراب شائع بين عامة الناس برغم قلة من يمثلون للعلاج ، و يكثر بين الإناث عنه بين الذكور .

٣ ـ الرهاب الاجتماعي
(Social Phobia)

يعرف الرهاب بوجه عام على أنه خوف غير منطقي ينتج عنه تجنب شعوري لموضوعات معينة (أو مواقف أو نشاط) مخيفة ، والخوف والسلوك غير متوافقة مع أنا المريض الذى يعى أن هذا الخوف غير حقيقي وغير منطقي .

أما الرهاب الاجتماعي فهو الخوف من الخزى أو الارتباك فى موقف عام ، و ينشأ عن ذلك خوف ثابت من المواقف التى يتعرض فيها الشخص لإمكانية النقد من الاخرين وقد يكون الرهاب الاجتماعي محدودا مثل عدم القدرة على التحدث فى جمع عام ، أو الاختناق بالطعام عند الأكل أمام الآخرين ، أو عدم قدرته على التبول فى مرحاض عام ، أو ترتجف يده عندما يكتب أمام الآخرين ، وقد يشمل أغلب المواقف الاجتماعية مثل الخوف العام من قول شيء غبى أو من كونه غير قادر على إجابة أسئلة فى مواقف جماعية .

و يشترط فى الرهاب الاجتماعي أن لا يكون سببه اضطراب آخر على المحور الأول (Axis I) مثل الخوف من حدوث نوبة هلع فى اضطراب الهلع أمام الآخرين ، والخوف من التهتهة فى اضطراب التهتهة أمام الآخرين أيضا ، وأن لا يكون سببه اضطراب آخر على المحور الثالث (Axis III) مثل الخوف من ظهور الرعشة فى حالة مرض الباركنسون .

القلق المتوقع فى حالة الرهاب الاجتماعي يحدث إذا فوجيء الشخص بضرورة الدخول إلى مكان مرهب له ، فيتجنب هذا الموقف عادة ، وأحيانا يضطر نفسه الى اقتحام الاماكن (أو المواقف) الباعثة على الرهاب الاجتماعي ولكنه يخبر (يشعر) قلق حاد ، وعادة يخاف الشخص أن يلحظ الاخرون علامات القلق عليه ، وحيث أن الخوف من المواقف الاجتماعية يسبب تجنبها وهذا

يسبب زيادة الخوف منها وهذا ايضا يزيد من التجنب ، فان الشخص يتولد لديه دائرة مفرغة من الخوف والتجنب .. والى حد ما يعى الشخص أن خوفه غير مبرر وشديد .

و يشخص هذا الاضطراب اذا تداخل السلوك التجنبى مع الأداء الوظيفى أو مع الانشطة الاجتماعية المعتادة أو العلاقات مع الاخرين ، أو وجود كرب ملحوظ حول حدوث الخوف .

وكثيرا مايصاحب الرهاب الاجتماعى باضطراب الهلع والرهاب البسيط .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :ـــ

عادة يبدأ الاضطراب فى الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة ، وقد يصبح مزمنا فى مساره ولكن هناك براهين تفيد أنه يقل كثيرا بعد منتصف العمر.

ونادرا مايكون الاضطراب شديدا و يتداخل مع الأداء الوظيفى بسبب التجنب .. ومن مضاعفاته الادمان (الكحول ومضادات القلق) والاكتئاب نظرا لاضطراب الأداء الوظيفى .

التشخيص الفارق :ـــ

١ ــ تجنب مواقف اجتماعية معينة تسبب طبيعيا الشعور بالكرب و يشيع هذا الشعور عند كثير من الناس ، مع خوف طبيعى من الحديث العام ولاتنطبق عليه مواصفات الرهاب الاجتماعى

٢ ــ فى اضطراب الشخصية التجنبية قد يوجد قلق ملحوظ وتجنب لأغلب المواقف الاجتماعية ، وهنا يؤخذ فى الاعتبار الشخصية التجنبية مع الرهاب الاجتماعى .

٣ ــ فى الرهاب البسيط : يوجد مثير مرهب وليس الموقف الاجتماعى .

٤ ــ فى اضطراب الهلع المصاحب بخوف الأماكن المتسعة فإن الشخص قد يتجنب مواقف اجتماعية معينة مثل المطاعم لخوفه من حدوث نوبة هلع .

انتشار الرهاب الاجتماعى :ـــ

ينتشر الرهاب بين (٣ـــ ٥٪) من عامة الناس و يستوى فيه الذكور والاناث ، ولوحظ أن الخوف من الأكل فى الأماكن العامة أو الكتابة أمام الآخرين أو استخدام المراحيض العامة نادرا الانتشار نسبيا ، بينما الرهاب الاجتماعى المتضمن للخوف من التحدث فى جمع من الناس شائع لدى مرضى الرهاب الاجتماعى .

أسباب الرهاب الاجتماعى :ـــ

١ ـــ العوامل البيولوجية : ليس لها دور فى تسبيب الرهاب الاجتماعى إلا ما لوحظ فى انتشاره بين الأقارب مما يشير من قريب أو بعيد إلى احتمال عوامل جينية فى تسبيب الرهاب .

٢ ـــ العوامل النفسية والاجتماعية : لقد أوضح فرويد فى نظريته للتحليل النفسى أن الرهاب يرجع الى استخدام دفاعات الأنا من النقل والتجنب ضد الحفزات الأوديبية المحرمة وخوف الخصاء ، أى أن الخوف انتقل من الحفزات إلى مواقف معينة أو موضوع معين وتبعه تجنب هذه المواقف (أو الموضوع) .

أما النظرية السلوكية فتفسر الرهاب بأن : قلقا فى الماضى ينشأ من مثير مخيف فعلا وصاحب هذا الموقف مثير آخر (موقف أو موضوع) غير مخيف ، وتكررت هذه المصاحبة عدة مرات متتابعة ، فتم التزاوج بين المثيرين وأصبح ما يثيره واحد يثيره الآخر، ثم أصبح المثير غير المخيف وحده مرتبطا بالقلق و باعثا له بعد ذلك .

علاج الرهاب الاجتماعى :ـــ

يستخدم عقار (الفنلزين) (Phenelzine) فى علاج هذا الاضطراب بالاضافة إلى (البرابرانولول) (Propranolol) ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات .. وقد يلزم علاج سلوكى مع العقاقير فى الحالات الشديدة ، وذلك بسلب الحساسية التدريجى عن طريق تعريضه لمواقف الرهبة تدريجيا ، ويمكن أن يتم ذلك مصاحبا لبعض العقاقير المهدئة أو تمرينات الاسترخاء الارادى ، وهناك أسلوب الغمر (Flooding) بتعريض المريض للموقف المخيف دفعة واحدة فى تخيل أو واقع . و ينصح المحللون النفسيون بالعلاج التبصيرى الذى يجعل المريض فاهما لمنشأ

الرهاب وظواهر المكسب الثانوى ودور المقاومة ، لأن هذا يجعله قادرا على ايجاد طرق أكثر سواء للسيطرة على القلق ، مع حث المريض لأن يتعرض لمواقف الرهاب .

٤ ـ اضطراب الرهاب البسيط
(Simple Phobia)

وفيه يكون الخوف الثابت من مثير محدد (موضوع أو موقف) ، ويختلف عن الخوف من حدوث نوبة هلع (كما فى اضطراب الهلع ، وعن نقص الشعور بالذات أو الخجل فى مواقف اجتماعية معينة (كما فى الرهاب الاجتماعى) ، وأكثر الرهابات البسيطة انتشارا تشمل الحيونات خاصة الكلاب والثعابين والحشرات والفئران .. وتشمل الرهابات البسيطة رهبة رؤية الدم والجروح (blood injury phobia) ، ورهبة الأماكن المغلقة (claustrophobia) ورهبة المرتفعات (acrophobia) ورهبة السفر بالطائرات .. و يتجنب الشخص هذه المثيرات تجنبا للقلق ، وأحيانا يدفع الشخص نفسه لاقتحام الموقف المرهب(٣) .

يصاحب اضطراب الرهاب البسيط أعراض الاغماءات الوعائية للعصب الحائر (vasovagal) عند التعرض للمثير المرهب .

و يشخص الرهاب البسيط : بالخوف من مثير أو موقف ، مع تجنب لهذا المثير يؤثر على نظام الشخص المعتاد أو مع الأنشطة الاجتماعية المعتادة ، و يعى الشخص أن خوفه غير طبيعى ومبالغ فيه ، وليس له علاقة بمحتوى وسواسى أو حادثة سببت انعصاب .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :ـ

البداية فى الرهاب البسيط متفاوته ولكن رهاب الحيونات يبدأ فى الطفولة ، ورهاب الدم يبدأ فى المراهقة غالبا أو بداية الرشد ، أما رهابات الاماكن المرتفعة

---

(٣) هذا ما اسماه أوتوفينخل الموقف المناقض للرهاب (counterphobic attitude) حيث يظهر الشخص شجاعة فى مواجهة الموقف أو الموضوع المرهب له داخليا ، فيكون الانكار والتكوين العكسى حيلا وراء هذا السلوك .

وقيادة السيارات والاماكن المغلقة والسفر بالطائرات فتبدأ فى العقد الرابع من العمر.. واغلب الرهابات البسيطة التى تبدأ فى الطفولة تختفى دون علاج ، ومايظل منها الى الحياة البالغة فنادرا مايختفى دون علاج .. والاعاقة التى تنشأ عن الرهاب البسيط طفيفة اذا كان يسهل تجنب المثير مثل رهاب الثعابين ، وتشتد الاعاقة اذا كان مثير الرهاب شائعا ومنتشرا ولايمكن تجنبه مثل الخوف من ركوب السيارات لشخص يعيش فى المدينة .

التشخيص الفارق :ـ

١ ـ الفصام : فيه بعض الانشطة يتجنبها المريض استجابة للضلالات ، ولكنه لا يتعرف على هذا الخوف كرهاب .

٢ ـ فى الانعصاب التابع لحادثة : التجنب للمثيرات المرتبطة بحادث معين .

٣ ـ فى اضطراب الوسواس القهرى : قد يكون التجنب مرتبط بالقذارة أو التلوث .

انتشار الرهاب البسيط :

الرهابات البسيطة شائعة لدى عامة الناس ولكن نادرا ماينتج عنها اعاقة ملحوظة ، ونادرا مايبحثون عن علاج ، وهى اكثر شيوعا لدى الاناث .

اسباب الرهاب البسيط :

هى نفس الاسباب التى تقدم ذكرها كأسباب للرهاب الاجتماعى .

علاج الرهاب البسيط :ـ

يسير علاج الرهاب البسيط على نفس خطوط علاج الرهاب الاجتماعى من اعطاء عقاقير (الفنلزين أو البرانولول أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ، مع علاج سلوكى ، وعلاج نفسى تحليلى يبصر المريض بنشأة الرهاب لديه ورمزيته والمكسب الثانوى .

٥ ـ اضطراب الوسواس القهرى

(Obsessive compulsive Disorder)

وأهم مايميز هذا الاضطراب هو الوساوس المتكررة أو الطقوس القهرية التى تكون شديدة لدرجة تسبب الازعاج والكرب ، إما باستهلاك الوقت أو تتداخل مع نشاط الشخص المعتاد أو أدائه لوظيفته المهنية أو أنشطته الاجتماعية المعتادة أو علاقاته مع الآخرين ، ولا يستطيع الشخص مقاومتها .

والوساوس عبارة عن أفكار ثابته أو نزعات أو خيالات يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى مثل : نزعات متكررة لدى أب أن يقتل ابنه الذى يحبه ويحاول الشخص أن يتجنب أو يتجاهل أو يكبح مثل هذه الافكار أو النزعات ، أو يحاول تخفيفها ، و يعرف الشخص على أن افكاره الوسواسية من نتاج عقله وليست مفروضة عليه من خارجه (كما فى اضطراب القوة المتحكمة فى التفكير) .

وأكثر الوساوس شيوعا هى الافكار العنيفة المترددة (مثل فكرة قتل الأب لطفلة) ، أو التلوث (مثل افكار العدوى لمصافحة اخر) ، والشك (مثل الشك أنه فعل الشيء أم لا) .

أما الدفعات القهرية . فهى سلوكيات متكررة غير هادفة وعن قصد ، وتتم كاستجابة لوسواس طبقا لقوانين معينة ، أو بشكل متكرر نمطى ، وخطط هذا السلوك لتقليل أو لمنع عدم الراحة أو بعض الأحداث أو المواقف المخيفة ، الا أنه اما أن النشاط غير مرتبط بطريقة واقعية مع ما خطط لمنعه [٤] أو أنه مبالغ فيه بشدة .. والفعل القهرى يتم باحساس ذاتى بالقهر الذى يصاحب الرغبة فى المقاومة للقهور (على الاقل مبدئيا) ، و يعى الشخص أن سلوكه مبتذل وعير معقول (ولكن هذا قد يكون عير حقيقى فى حالات الاطفال الصغار ، والبالغين الذين تطورت وساوسهم الى أفكار مبالغ فى قيمتها) ، ولا يحصل الشخص على لذة

---

(٤) مثل الطفل الذى يدور حول عمود الكهرباء أمام منزله قبل الدخول فيه كى لايموت أحد من افراد أسرته .

من الوسواس برغم أنه يقلل التوتر، وأغلب القهورات شيوعا هى غسل اليدين والعد واللمس والهز.

عندما يحاول الشخص أن يقاوم القهور ينتابه شعور بتوتر غامر، هذا التوتر يمكن تخفيفه مباشرة بممارسة الفعل القهرى .

وهناك اعراض مصاحبة لاضطراب الوسواس القهرى أهمها الاكتئاب والقلق ورهاب فيه تجنب لمواقف قد تشمل محتوى من الوساوس ، مثل تجنب المصافحة لدى شخص لديه وساوس عن التلوث فيتجنب المصافحة باليدين مع الغرباء .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :ـ

يبدأ الاضطراب عادة فى المراهقة أو بداية الرشد وقد يبدأ فى الطفولة ، فلقد لوحظ أن (٥٠٪) من المرضى بدأت أعراضهم قبل الرابعة والعشرين من العمر وأن (٨٠٪) قبل سن الخامسة والثلاثين ، وأن (٥٠٪ــ ٧٠٪) من المرضى تبدأ الأعراض لديهم بعد كرب (أو شدة ،) والبداية قد تكون حادة فى نصف الحالات.. وعادة يتكتم المريض أعراضه ولايمثل للعلاج الا بعد سنوات ومسار الاضطراب مرمن يتميز بفترات متناوبه من الهوادة والاشتداد، ولوحظ أن حوالى (٢٠ــ ٣٠٪) من المرضى يتحسنون بدرجة كبيرة وأن (٤٠٪ــ ٥٠٪) يتحسنون بدرجة متوسطة بينما (٢٠ــ٤٠٪) من المرضى إما أن يظلوا كما هم أو تتفاقم أعراضهم ، وأن ثلث المرضى يصابون بالاكتئاب الذى قد يكون من بين مضاعفاته الانتحار أو الادمان ، وهناك خطر ضئيل من تحول الوسواس إلى فصام.. والمآل الحسن للمرض مرتبط بحسن التكيف الاجتماعى والوظيفى ، وغياب الأفعال القهرية فى وجود وساوس ، مع وجود عامل مرسب ، وطبيعة نوابية للاعراض.. كما لوحظ أنه لاتوجد علاقة بين محتوى الوساوس والتنبؤ بمآل المرض .

وعادة يتكتم المريض أعراضه ولايمثل للعلاج الا بعد سنوات .. ومسار الاضطراب مزمن يتميز بفترات متناوبه من الهوادة والاشتداد ، ولوحظ أن حوالى (٢٠ــ ٣٠٪) من المرضى يتحسنون بدرجة كبيرة وأن (٤٠ــ٥٠٪) يتحسنون بدرجة متوسطة بينما (٢٠ــ ٤٠٪) من المرضى إما أن يظلوا كما هم أو تتفاقم

أعراضهم ، وأن ثلث المرضى يصابون بالاكتئاب الذى قد يكون من بين مضاعفاته الانتحار أو الادمان ، وهناك خطر ضئيل من تحول الوسواس إلى فصام .. والمآل الحسن للمرض مرتبط بحسن التكيف الاجتماعي والوظيفى ، وغياب الأفعال القهرية فى وجود وساوس ، مع وجود عامل مرسب ، وطبيعة نوابية للاعراض .. كما لوحظ أنه لاتوجد علاقة بين محتوى الوساوس والتنبؤ بمآل المرض .

التشخيص الفارق :ـ

١ ــ اضطرابات الأكل أو السلوك الجنسى (Paraphilias) أو المقامرة المرضية أو الادمان ، فعندما يندمج فيها بشدة قد يشار اليها كفعل قهرى (compulsive) ، الا أن هذه الانشطة ليست قهورات حقيقية لأن الشخص يحصل على لذة من أى منها ، وقد يرغب فى مقاومتها فقط بسبب نتائجها الضارة ، ونفس الشيء فى هوس السرقة (Kleptomania) .

٢ ــ فى نوبة الاكتئاب العظمى : قد توجد وساوس غير حقيقية ، مثل الأفكار التشاؤمية ، ولكن لاتوجد مواصفات الاكتئاب التشخيصية .

٣ ــ الفصام : وفيه تكون الأفكار مفرطة الغرابة ولايمكن هزها بالنقاش معه لأنها تصل إلى درجة الضلال ، كما أن السلوك النمطى فى الفصام شائع ولكنه يرجع الى ضلالات أكثر من كونه قهورات حقيقية ، وفى بعض حالات الوسواس قد يوجد ضلالات مفرطة الغرابة وأعراض أخرى ليست لها علاقة بالوسواس ، وهذا يتيح تشخيص إضافى هو الفصام .

٤ ــ فى بعض الناس يوجد الوسواس مع اضطراب (توريت) (Tourette's) ــ .

انتشار اضطراب الوسواس القهرى :ـ

قدرت نسبة انتشاره (٠٫٠٥٪) بين عامة الناس ، ولكن يعتقد أنه أكثر شيوعا من هذه النسبة وأن طبيعة التكتم لدى هؤلاء المرضى هى سبب نقص معدل الانتشار وهم يمثلون (١٪) من مرضى العيادات النفسية و يزيد معدل ذكائهم عن المتوسط و يكثر انتشاره بين الذكور عنه بين الاناث .

أسباب اضطراب الوسواس القهرى :ـــ

١ ـــ عوامل بيولوجية :ـــ

هناك ملاحظات بيولوجية نبهت إلى دور للعوامل البيولوجية فى مرضى الوسواس هى :

(١) يوجد تاريخ اصابة أثناء الولادة لهؤلاء المرضى ، مما يشير الى دور لاصابة الدماغ فى تسبيب الوسواس .

(٢) بعض مرضى صرع الفص الصدغى لديهم أعراض تشبه الوسواس .

(٣) دراسة النشاط الأ يضى لمناطق الدماغ فى مرضى الوسواس كشفت عن زيادة نشاط الأ يض فى بعض المناطق عن غيرها .

(٤) وجود عديد من الشذوذات غير النوعية فى نمط تخطيط الدماغ الكهربائى لهؤلاء المرضى و يعتقد أنها (أى الشذوذات) متركزة فى النصيف الأ يسر من المخ .

(٥) وجود انتشار بين الاقارب من الدرجة الأ ولى للمرضى بنسبة (٣ـــ ٧٪) بالمقارنة ب (٥و٠ ٪) بين أقارب مرضى اضطرابات القلق الاخرى ، يشير الى احتمال ضعيف للعامل الوراثى .

٢ ـــ عوامل نفسية واجتماعية :ـــ

(١) لقد وصف فرويد ثلاثة آليات (حيل) دفاعية تحدد شكل وكيفية الوسواس القهرى هى العزل والابطال (Undoing) والتكوين العكسى .. فالعزل يكون لحماية الشخص من القلق من تأثير الحفزات الغريزية ، وفى حالة نجاح العزل تماما فان الحفزات ومايرتبط بها من وجدان (مشاعر) تكبت تماما ، و يعى فقط فكرة عارية من المشاعر وإن كانت مرتبطة بها .. أما الابطال فيرجع إلى التهديد الدائم أن الحفزة قد تهرب من خط الدفاع الأ ول وهو العزل وتصبح طليقة فيواجه الشخص القلق ، ولذا يتكون خط الدفاع الثانى فى ابطال الحفزة الغريزية بفعل الوسواس .. أما دور التكوين العكسى فليس فى تكوين الأعراض بقدر مايكون فى نمط السلوك

الظاهر والمواقف التي يعيها الشخص والتي تظهر العكس تماما للحفزات التي تكمن خلفها .

(٢) ولوحظ فى علاقة الشخص والوسواس بموضوعة ثنائية المشاعر (ambivalence) وهي حب الموضوع وكراهيته ، هذا الصراع من تناقض الانفعالات قد يلاحظ فى نمط الفعل وعدم الفعل السلوكي .

(٣) ينكص الوسواسى إلى طريقة التفكير السحرى (وهى طريقة أولية للتفكير) علاوة على وجود نزعات ، أى أن وظائف الأنا (Ego) والغرائز (I d) تختل بالنكوص ، فيتصور أن مجرد تفكيره فى حدث ما فى العالم الخارجي سوف يوقع الحدث دون فعل مباشر ، وهذا يجعل مجرد الشعور بنزعة العدوان مخيفا لمرضى الوسواس القهرى .

علاقة الوسواس القهرى :ـ

لوحظ أن عقار الكلوميبرامين (clomipramine) له فعالية فى علاج الوسواس القهرى ، وقد يظهر مفعوله متأخرا بعد شهرين من بدء العلاج ، وتظهر فعاليته بصفة خاصة فى وجود طقوس قهرية ، و يظل العلاج لمدة تتراوح من ستة شهور إلى عام قبل إيقاف العلاج ، ولوحظ أن عديد من المرضى ينتكسون بعد توقف العلاج العقارى .

و يذكر المعالجون النفسيون التحليليون أن كثيرا من أعراض مرض الوسواس تتحسن بالعلاج النفسى التحليلى خلال مسار العلاج واستبصار المرضى بنزعاتهم وتحولاتها عن طريق الحيل الدفاعية .. والعلاج النفسى التدعيمى هام فالمريض قادر على العمل والتكيف الاجتماعى و يدفع فى هذا الاتجاه من خلال علاقة علاجية وتدعيمية أسريا بتوضيح الأعراض لأفراد الأسرة وطمأنتهم وتجنبه الضغوط الأسرية .

و يرى المعالجون السلوكيون أن حوالى (٧٠٪) من هؤلاء المرضى يتحسنون بالعلاج السلوكى الذى يتضمن فنيات سلب الحساسية (Desensitization) والغمر (Flooding) والتشريط المعاكس (Aversive conditioning) .

٦ ـ اضطراب الانعصاب التابع لحادث

(Post — Traumatic Stress Disorder)

و يتميز بأعراض خاصة بعد صدمة بعينها ، وهذه الصدمة أشد من أن تستوعبها خبرة الانسان المعتاد (°) .. وهذه الاعراض تشمل اعادة المعايشة للحدث الصادم والاستغراق فى ذلك لدرجة تجعله منعزلا عن العالم من حوله وغير مستجيب له ، وهذا يسمى بالخدر النفسى (Psychic numping) أو الخدر الانفعالى (emotional anesthesia) ، مع فقد الشعور بالألفة ، وزيادة اليقظة والحذر مما يجعله يجفل لأ تفه الأسباب ، وضعف الناحية الجنسية ، واضطراب النوم ، والشعور بالذنب تجاه نجاته من الحادث (اذا حدث هلاك لمن معه) ، وخلل بالذاكرة ناتج عن نقص الانتباه (القدرة على التركيز) ، مع تجنب للنشاطات التى تذكره بالحادث .

واكثر الحوادث شيوعا هى التهديد الخطير لحياة الشخص أو لسلامته الجسمانية أو تهديد خطير لزوجته أو اطفاله أو آخر مقرب إليه جدا ، أو تدمير مفاجىء لبيت الشخص ، أو مشاهدة شخص آخر أصيب أو قتل نتيجة لحادث أو عدوان جسمانى .

والشخص قد يمر بخبرة الحادث بمفرده (مثل الاغتصاب الجنسى) أو فى صحبة من الناس مثل الكوارث الطبيعية (كالفيضانات والزلازل) أو حوادث السيارات والطائرات والحرائق .

و بالاضافة إلى إعادة معايشة الحادث يوجد تجنب ثابت للمثيرات المرتبطة به ، أو خدر فى الاستجابات العامة لم يكن موجودا قبل الحادث ، وعادة يبذل الشخص مجهودات متقنة لتجنب الأفكار أو المشاعر عن الحادث الأليم الصادم والأنشطة أو المواقف التى توقظ تذكر الحادث ، وهذا التجنب للبقايا للحادث قد يشمل النساوة النفسية لجانب هام من الحادث .

---

(٥) أى حادث يخرج عن خبرات الشخص الشائعة (مثل الفقد بالموت البسيط أو المرض المزمن)، ويجب أن يكون مزعجا لأى شخص غالبا ، ويخبره الشخص مصاحبا بخوف شديد وفزع وعجز.

ويشار إلى نقص الاستجابة للعالم الخارجي، كخدر نفسي (Psychic numbing) أو خدر انفعالي (emotional aneasthesia)، وعادة تَبْدَأ بعد الحادث الصادم، وقد يشكو الشخص من مشاعر الانسلاخ عن الناس، أو أنه فقد القدرة على أن يصبح مهتما بأنشطته السابقة، أو فقد قدرته على الشعور بانفعالات من أي نوع، خاصة المرتبطة بالتعاطف والرفق، كما أن القدرة الجنسية تتناقص إلى حد كبير.

وهناك أعراض زيادة اليقظة والحذر لم تكن موجودة قبل الحادث تشمل صعوبة الدخول في النوم أو صعوبة مواصلة النوم (بسبب كوابيس يعاد خلالها معايشة الحادث) مع الخضة، والبعض يشكو من صعوبة التركيز وإنهاء المهام، في الحالات الخفيفة قد يصبح التغير في التعبير عن العدوان في صورة سرعة استثارة أو خوف من فقد السيطرة على النفس وفي الحالات الشديدة قد يصبح في صورة انفجارات غير متوقعة من العدوان، أو تنعدم قدرة التعبير عن مشاعر الغضب.

والأعراض المميزة لانعصاب ما بعد حادثة أو التفاعلات الفسيولوجية غالبا حادة، أو تترسب عندما يتعرض الشخص لمواقف أو انشطة تشبه أو ترمز للحادث الأصلي.

وهناك أعراض خاصة بالسن، فالطفل الذى يتعرض لحادث قد يصبح أبكم، أو يرفض الكلام عن الحادث (٦) وفي الأطفال صغار السن تكون الأحلام المفزعة عن الحادث، وتظل عدة أسابيع بعده، أو تظهر الكوابيس عامة غير مرتبطة بالحادث.. ولكن نقص الاهتمام بالأنشطة وتضيق الوجدان قد يكون صعبا بالنسبة للأطفال أن يعبروا عنه، فيجب أن يتم الاستفسار عنه بعناية من الوالدين والمدرسين والملاحظين الآخرين، ولوحظ تغير الاهتداء والنظرة المستقبلية، حيث يفقد الأمل في المستقبل و يصبح متشائما فلا يتوقع أن يحصل على عمل أو يتزوج.. وقد يظهر على الاطفال علامات جسمانية مختلفة مثل الام المعدة والصداع وزيادة القلق.

---

(٦) يراعى التمييز بين هذا و بين اضطراب الذاكرة.

وتصاحب الصورة الاكلينيكية لاضطراب الانعصاب بعد حادثة بأعراض الاكتئاب والقلق ، كما قد يوجد سلوك اندفاعي مثل تغيير فجائي فى مكان العمل أو الانقطاع عن العمل دون سبب واضح ، أو تغيير أسلوب حياته ، وقد توجد أعراض تشير إلى اضطراب عقلي عضوى مثل النسيان وصعوبة التركيز والتقلب الانفعالى والصداع والدوار(Vertigo)

ولقد لوحظ هذا الاضطراب أول مرة أثناء الحرب الأهلية الأمريكية (١٨٧١م) وسمى (لزمة قلب الجندى) (Solder's heart Synd) بسبب أعراض اضطراب القلب .. وفى الحرب العالمية الأولى وصفت هذه اللزمة كصدمة ارتجاف (Shell Shock) وافترض أنها تنشأ من إصابة للدماغ ولوحظ أعراض لزمة الانعصاب بعد حادثة أثناء الحرب العالمية الثانية لدى الناجين من معسكرات التعذيب النازية ، ولدى الناجين من القنابل الذرية باليابان ، فورد الاضطراب فى دليل التشخيص الاحصائى الامريكى الاول (D S M. I) (١٩٥٢) تحت اسم (تفاعل الانعصاب البارز) (gross stress reaction) ، ثم اغفله الدليل التشخيصى الاحصائى الثانى (D S M.II) (١٩٦٨) ، إلا أن تكرار ظهور الاضطراب فى أعقاب الحرب الفيتنامية الأمريكية أفسح له مكانا جديدا فى الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث (D S M. III) (١٩٨٠) تحت اسم (اضطراب الانعصاب التابع لحادث) .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :ـــ

يحدث الاضطراب عند أى سن بما فى ذلك الطفولة بعد حادث ، وقد يتأخر الاضطراب لما بعد الحادث بأسبوع أو يمتد التأخير إلى ثلاثين عاما ، والأعراض متماوجة (فترات من الاشتداد وأخرى من الهوادة) بمرور الوقت ، وقد تزداد خلال فترات التعرض لضغوط ، ولوحظ أن حوالى (٣٠٪) من المرضى يتم شفاؤهم ، بينما (٤٠٪) تظل لديهم أعراض خفيفة ، و (٢٠٪) تظل لديهم أعراض متوسطة الشدة ، و(١٠٪) من المرضى تسوء حالتهم أو تظل كما هى دون تغير.. و يرتبط التنبؤ بمآل حسن لاضطراب الانعصاب التابع لحادث فى الحالات ذات البداية السريعة ، والتى تقل مدة الأعراض فيها عن ستة شهور،

والأداء الوظيفي الجيد قبل المرض ، والمساندة الاجتماعية القوية وغياب الامراض العضوية والنفسية الأخرى .. ومن مضاعفات هذا الاضطراب التجنب الرهابي للأنشطة التي تشبه أو تشير الى الحادث الأصلي ، وقد يتداخل في العلاقات مع الآخرين بالاضافة إلى التقلب الانفعالي والشعور بالذنب الذى قد يؤدى الى الانتحار.

التشخيص الفارق :ـ

١ ـ **القلق أو الاكتئاب أو الاضطراب العقلي العضوي :** إذا حدث بعد حادثة فإن هذه التشخيصات يجب وضعها في الاعتبار.

٢ ـ **اضطراب التأقلم :** عادة الطرف الضاغط أقل شدة وتستوعبة الخبرة الانسانية المعتادة مع غياب إعادة المعايشة للحادث والأعراض الأخرى المميزة لاضطراب الانعصاب بعد حادث .

انتشار اضطراب الانعصاب التابع لحادث :ـ

يتفاوت الانتشار حسب حدوث الكوارث الطبيعية والحوادث الصادمة ، فلقد لوحظ أن حوالى (٥٠ ـ ٨٠٪) ممن ينجون من كارثة طبيعية قد يحدث لهم الاضطراب ، أما انتشاره بين عامة الناس فهو (٥و٠ ٪) لدى الذكور و (٢و١٪) لدى الاناث ، و يكثر انتشاره بين الشباب ،

أسباب اضطراب الانعصاب التابع لحادث :ـ

أهم أسباب هذا الاضطراب هو الحادث المسبب لانضغاط مع الظروف الاجتماعية والسمات الشخصية للمريض وقابليته البيولوجية .. و بصفة عامة صغار السن من الاطفال وكبار السن من الشيوخ يجدون صعوبة في تحمل الظروف الضاغطة والأحداث الصادمة ، كما أن الاشخاص الذين يرتبطون بعلاقات اجتماعية طيبة أقل عرضه لحدوث الاضطراب .

و يعتقد البيولوجيون أن المرضى الذين يحدث لهم اضطراب الانعصاب التابع لحادث لديهم قابلية لزيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل ، ولوحظ أن إعادة

معايشة الحادث لهؤلاء المرضى يصاحبها زيادة افراز الكاتيكول أمينات ، كما أن تخطيط الدماغ الكهربائى أثناء النوم لهم كشف أن نومهم يشبه النوم فى حالات الاكتئاب العظمى ، فى نقص النوم المصحوب بحركة العين السريعة (R E M) والمرحلة الرابعة من النوم بطيء الموجة .. وهناك دراسات حديثة تشير إلى أن شبه الأفيونات الداخلية تفرز من خلال إعادة معايشة الحادث وأن الأعراض قد تكون نتيجة انسحاب شبة الافيونات الداخلية .

أما النظرية التحليلية فترى أن الحادث ينشط صراعات داخلية من الطفولة المبكرة لم تحل ، و يشمل ذلك الصدمات العاطفية فى الطفولة والتى أصبحت لا شعورية . وإعادة هذه الصدمات يسبب نكوصا مع ظهور الكبت والانكار والابطال كحيل دفاعية مصاحبة ، وتزداد إعادة المعايشة بواسطة الأنا هو طريقة لتخفيف القلق والسيطرة عليه ، بالاضافة إلى مايحصل عليه كمكسب ثانوى من المحيطين به من تعاطف واهتمام وشفقة واشباع لحاجاته الاعتمادية ، وهذا يدعم الاضطراب ويجعله يستمر .

علاج اضطراب الانعصاب بعد حادث :ــ

تستخدم العقاقير المضادة للاكتئاب مثل (الاميتريبتيلين) و (الإيميرامين) و (الفنلزين) فى علاج الانعصاب بعد حادث خاصة فى وجود أعراض اكتئابية أو تشبه إضطراب الهلع . وهناك تقارير اكلينيكية تشير إلى جدوى الكلونيدين (Clonidine) و (البر برانولول) (Propranolol) فى علاج هذا الاضطراب . وأحيانا يلزم اعطاء مضادات ذهان إذا لوحظ الغليان فى سلوك الشخص (الفوران الداخلى) (agitated) .. كما أن العلاج النفسى ضرورى لاعطاء الفهم للأعراض والمساندة والطمأنه ، كما يقلل من خطورة أن يصبح الاضطراب مزمنا .. وقد يلزم ادخال المريض مستشفى إذا كانت الأعراض شديدة أو لوحظ احتمال الانتحار .

٧ ــ اضطراب القلق العام

(generalized Anxiety Disorder)

يتميز اضطراب القلق العام بقلق (٧) شديد غيرواقعي ، وتوقعات تشاؤمية باعثة على الخوف حول اثنان أو اكثر من ظروف الحياة ، والذى يستمر لمدة ستة شهور أو اكثر ، على أن يكون الشخص خلالها قد عانى من هذه القلاقل أغلب الأ يام .

الصورة الاكلينيكية للقلق :ــ

وتشمل أعراض التوتر العضلى ، وأعراض زيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل ، وأعراض الخوف والحذر ، والأعراض المصاحبة .

أولا : اعراض التوتر العضلى : وهى الارتجاف أو الرعشة ورفة العضلات والشعور بالاهتزاز وتوتر العضلات وآلامها وعدم الاستقرار وسرعة الاجهاد .

ثانيا : أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل : وتشمل كرشة النفس والشعور بالاختناق والشعور بضربات القلب وسرعتها والعرق و برودة الأطراف ، وجفاف الحلق والدوخة وخفة الرأس ، والغثيان والاسهال أو أعراض اضطراب معوى ، وسخونة الوجه وكثرة التبول واضطراب البلع أو الشعور بسدة فى الزور .

ثالثا : أعراض الخوف والحذر: وتشمل شعور الشخص بأنه على حافة الهاو ية ، والخضة وصعوبة التركيز والأ رق فى بداية النوم أو خلاله ، وسرعة الاستثارة وفى الأطفال والمراهقين قد يأخذ هذا شكل القلق والترقب فيما يتعلق بالانجاز الدراسى والرياضى والاجتماعى .

رابعا : الأعراض المصاحبة : وعادة تكون أعراض اكتئابية خفيفة ، وقد تكون أعراض هلع ولكن ليست لها علاقة باضطراب القلق العام .

---

(٧) سبق أن عرفنا القلق كعرض مرضى : بأنه الخوف غير المحدد وتوقع حدوث مكروه .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :ـــ

قد يبدأ الاضطراب فى أى سن ولكنه يكثر فى العشرينيات والثلاثينيات من العمر ومن تعريفه يعد اضطرابا مزمنا وقد يظل مدى الحياة ، والاعاقة مع اضطراب القلق العام خفيفة إذا حدثت ، ولكن من مضعافاته حدوث نوبات هلع فى (٢٥٪) من المصابين به ، أو ادمان العقاقير المهدئة فى محاولات المريض علاج نفسه ذاتيا .

التشخيص :ـــ

يشخص اضطراب القلق العام فى غياب أعراض نشطة لاضطراب الوجدان فى حالة توفر المواصفات الآتية :ـــ

١ ـــ وجود قلق شديد وانقباض (توقع مكروه) حول اثنان أو اكثر من ظروف الحياة (مثل قلق الشخص على حظ سيء لابنه مستقبلا دون مبرر منطقى) .. لمدة ستة شهور أو اكثر ، وكانت الأعراض فى أغلب الأيام .

٢ ـــ إذا وجد اضطراب آخر (على المحور الأول) فإن القلق لا يكون مترتبا عليه ، فليس القلق خوفا من حدوث نوبات هلع (كما فى اضطراب الهلع) ، وليس القلق من التواجد فى جمع من الناس (كما فى الرهاب الاجتماعى) ، وليس القلق كخوف من التلوث (كما فى اضطراب الوسواس القهرى) ، وليس الخوف من اكتساب وزن (كما فى حالات القهم العصابى) .

٣ ـــ ليس الاضطراب فقط من خلال اضطراب الوجدان أو اضطراب ذهانى .

٤ ـــ و يشترط وجود ستة أعراض من الثمانية عشرة الآتية (على أن لا يكون من بينها أعراض تحدث فقط خلال نوبة هلع) .

أ ـــ أعراض التوتر الحركى :ـــ

١ ـــ الارتجاف أو ورفة العضلات أو الشعور بالاهتزاز .

٢ ـــ توتر العضلات أو آلامها .

٣ ـــ عدم الاستقرار .

٤ ـــ سرعة الشعور بالاجهاد .

ب ـ أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبى المستقل :ـ

١ ـ كرشة النفس أو الشعور بالاختناق .

٢ ـ سرعة ضربات القلب أو الشعور بها .

٣ ـ عرق الكفين أو برودة اليدين .

٤ ـ جفاف الحلق .

٥ ـ الدوخة أو خفة الرأس .

٦ ـ الغثيان أو الاسهال أو اضطرابات معدية أخرى .

٧ ـ سخونة بالجسم أو ارتجافات .

٨ ـ كثرة التبول .

٩ ـ صعوبة البلع .

جـ ـ أعراض زيادة الحذر:ـ

١ ـ الشعور بان الشخص على حافة الهاوية .

٢ ـ استجابات الخضة المبالغ فيها .

٣ ـ صعوبة التركيز (Mind going blank) .

٤ ـ الأرق فى بدء النوم .

٥ ـ سرعة الاستثارة .

د ـ ليس السبب فى بدء الاضطرابات (أو المحافظة على استمراره) عضويا (مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية أو الانسمام بالكافيين) .

التشخيص الفارق :ـ

١ ـ القلق العضوى : مثل حالات زيادة نشاط الغدة الدرقية أو الانسمام بالكافيين .

٢ ـ اضطراب التأقلم المصاحب بوجدان قلق : لاتوجد فيه الصورة الاكلينيكية الكاملة لأعراض القلق ، ومدة الاضطراب أقل من ستة شهور ، ويجب وجود عامل ضاغط معروف (Stressful Factor) .
٣ ـ فى الاضطرابات الذهانية واضطرابات الاكل واضطرابات القلق والاضطرابات الاكتئابية واضطرابات عقلية أخرى عديدة ، يكون القلق والترقب الحذر أعراضا بارزة ، ولكنها تعزى بوضوح للاضطراب المسئول عنها ، فى حين أنه يشخص اضطراب القلق العام فقط فى حالة وجود القلق وأعراضه دون علاقة بأى اضطراب أخر.

انتشار اضطراب القلق العام :ـ

هناك دراسات عديدة تشير إلى أن انتشار القلق العام يصل إلى (٢ـ٥ ٪) من الناس كافة ، ولكن بعض الدراسات تشير إلى أنه ليس بهذه الدرجة من الانتشار ، وأن الاضطرابات الأخرى التى تحمل فى طياتها قلق تضاف بعض حالاتها إلى هذه النسبة .. و يستوى فيه الجنسان أى أن نسبة الذكور تماثل نسبته بين الاناث ، برغم أن بعض الدراسات تشير إلى أنه يكثر بين الاناث بنسبة (٢ : ١) .

أسباب اضطراب القلق العام :ـ

١ ـ العوامل البيولوجية : هناك افتراض أن النورأدرينالين والجابا (GABA) والسيروتونين فى الفص الأمامى والجهاز الطرفى من المخ يشتركون معا فى باثوفسيولوجية هذا الاضطراب ، وأن هؤلاء المرضى يميلون لأن يكون لديهم زيادة نشاط السمبتاوى واستجاباتهم مبالغ فيها .. كما لوحظ وجود شذوذات فى تخطيط الدماغ خاصة فى إيقاع ألفا وفى فرق الجهد المستحث ، وكشفت دراسات تخطيط الدماغ أثناء النوم عن نقص النوم المتميز بموجات دلتا البطيئة ، ونقص المرحلة الأولى من النوم بطىء الموجة ، بالاضافة إلى نقص النوم المصحوب بحركة العين السريعة ، وهذه التغيرات مختلفة عن مايلاحظ فى مرض الاكتئاب ، والملاحظ أن هذه التغيرات البيولوجية مبنية على قياسات موضوعية تقارن وظائف

الدماغ لدى مرضى القلق بالأسوياء ، سواء كانت التغيرات البيولوجية أولية أو ثانوية لتأثيرات القلق فهذا لم يتحدد بعد .

ولوحظ أن (٢٥ ٪) من أقارب الدرجة الأولى للمرضى يصابون أيضا بالقلق ، مما يشير إلى دور للجينات الوراثية ولكن دراسات التوائم لم تؤكد ذلك ، بل أثارت نتائجها الجدل حول دور الجينات الوراثية .

٢ ــ العوامل النفسية الاجتماعية :ــ

عرف فرويد القلق بأنه إشارة إلى أن نزعة غير مقبولة تضغط للمثول والخروج ، والقلق كاشارة يوقظ الأنا لعمل دفاعات ضد هذه الضغوط القادمة من الداخل ، إذا تصاعد القلق عن الحد الأدنى من الشدة المميز لوظيفته كمحذر، فإنه قد يبزغ بكل اشتعاله فى نوبات هلع ، الأمثل أن استخدام الكبت فقط سوف ينتج استعادة التوازن الفسيولوجى دون تكون أعراض ، حيث أن الكبت الفعال يحتوى تماما الغرئز وتأثيراتها المرتبطة بها وخيالاتها بدفعها إلى اللاشعور، أما إذا فشل الكبت كدفاع فإن دفاعات أخرى (مثل القلب والنقل والنكوص) قد تنتج وتتكون الأعراض وهكذا تتكون صورة القلق (أو العصاب) .

والقلق فى إطار النظرية التحليلية أحد الأربعة الآتية :ــ

١ ــ قلق الغرائز (Id anxiety) : ويشار به إلى عدم الراحة الأولية المبهمة الذى ينتاب الطفل عندما يشعر أنه مربك باحتياجات ومثيرات يشعر معها أنه عاجز ويسبب له هذا فقد التحكم والسيطرة .

٢ ــ قلق الانفصال (Separation anxiety) : ويعزى إلى مرحلة قبل أوديبية ، ولكن الطفل أكبر من السابقة ، ويخاف من فقد الحب أو أن يصبح منبوذا من والدية إذا فشل فى ضبط نفسه وتوجيه نزعاته فى تطابق مع قيمهم ومتطلباتهم .

٣ ــ قلق الخصاء : وهو يميز الطفل فى الموقف الأوديبى المصحوب بخيالات ومخاوف الخصاء المرتبط بنمو نزعاته الجنسية وقد يتكرر لدى البالغ فى شكل مرضى .

٤ ـ قلق الأنا الأعلى : وهو نتيجة مباشرة للنمو النهائى للأنا الأعلى الذى يميز حل العقدة الأوديبية .

علاج القلق العام :ـ

يجب أن يقلل الأطباء من وصف العقاقير المضادة للقلق العام ما أمكن ، وذلك لطبيعه المرض المزمنة التى توجب تخطيط العلاج بدقة .. وتعد مجموعة البنزوديازبين (Benzodiazepines) حاليا هى المجموعة المفضلة فى علاج القلق ، على أن تعطى عند اللزوم أو تعطى لفترة محدودة ثم توقف ، وخلال هذه الفترة يكون هناك دور للعلاج النفسى والاجتماعى فى اكتشاف أسباب القلق والعمل على حلها ، حيث أن الاستمرار فى تعاطى هذه العقاقير يحمل مخاطر الادمان(٨) .. وتستخدم المطمئنات العظمى بجرعات صغيرة فى علاج القلق ، كما تستخدم مقفلات مستقبلات البيتا الأدرينالية (B- adrenergicblockers) (٩) ، ومضادات الاكتئاب ثلاثية (T.C.A.D.) ومثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (MAOI) ومضادات الحساسية (Antihistamines) .

وعلاج القلق من المنظور التحليلى يتم من خلال علاج تبصيرى طويل الأمد موجة نحو تكوين الطرح (Transference) الذى يسمح حينئذ باعادة العمل فى مشكلة النمو وحل الأعراض المرضية .

أما العلاج السلوكى للقلق فيتركز فى سلب الحساسية مع مداخل علاج معرفية تهدف لإبطال التشريط ، بالإضافة إلى فنيات الاسترخاء وتعديل السلوك .

---

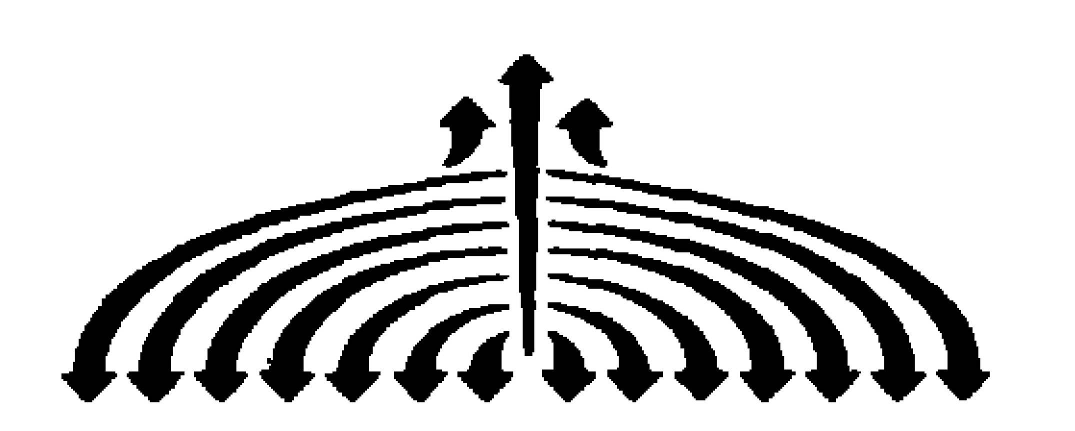
(٨) انظر الأعراض الجانبية فى باب العلاج بالعقاقير.

(٩) مثل عقار البر برانولول (Propranolol) .

اضطراب القلق غير المصنف فى مكان آخر

(Anxiety Disorder not otherwise specified)

وهو غير محدد بدلالات تشخيصية ، ولكنه يصف الاضطرابات المصحوبة بقلق بارز أو تجنب رهابى ، وغير مصنفة كاضطراب قلق محدد أو اضطراب تأقلم مصاحب بوجدان قلق .



الفصل السابـع

مقدمة :ـ

١ ـ شاب فى العشرين من عمره تردد على جراح تجميل لاجراء جراحة لندبة غير بارزة فى وجهه ، فأخبره الجراح أن العملية سوف تترك أثرا أكبر من الندبة وحوله إلى الطبيب النفسى الذى فحصه فوجده يبالغ فى الانشغال بالتشوه الناتج عن الندبة ، وهذا الانشغال لا يصل إلى درجة الضلال ، مع الاهتمام بالتفاصيل وشدة النظام فى حياته كسمات شخصية مميزة .

٢ ـ فتاه فى الثامنة عشرة من عمرها تعرضت لظروف نفسية ضاغطة فأصابها احتباس فى الصوت ، وبفحص احبالها الصوتية وجدت سليمة ، فحولت للطبيب النفسى الذى جلست معه هادئة لا مبالية تحاول أن تجيب على الاسئلة بإشارات من يديها .

٣ ـ رجل فى الاربعين من عمره يعمل نجارا تردد على أطباء القلب عدة مرات على مدى الشهور الثمانية الماضية ، وطمأنه كل منهم بعد عمل الفحوصات اللازمة ، ولكنه مازال منشغلا بأن لديه مرضا بالقلب فحول للطبيب النفسى الذى وجد انشغالا بمرض القلب لا يصل إلى درجة الضلال .

هذه أمثلة لحالات اكلينيكية سوف نعرض لها فى هذا الفصل ...
هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع أهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟
ما هى الأهداف ؟

الاضطرابات جسدية الشكل

Somatoform Disorders

وهى مجموعة الاضطرابات التى تبرز فيها الأعراض الجسمانية وتشير إلى اضطراب جسمانى وليس لها سبب عضوى أو تغير فسيولوجى يفسرها ، ولكن هناك من البراهين ما يدل على ارتباطها بالحالة النفسية ، وحدوث الاعراض ليس تمارضا (Malingering) أوعن قصد (Factitious) وتشمل :

١) اضطراب التشوه الوهمى للجسد	Body Dysmorphic Disorder
٢) اضطراب التحول	Conversion Disorder
٣) توهم المرض	Hypochndriasis
٤) اضطراب التجسيد	Somatization Disorder
٥) اضطراب الالم جسدى الشكل	Somatoform pain disorder
٦) الاضطراب جسدى الشكل غير المتميز	Undifferentiated Somatoform Dis

٧) الاضطراب جسدى الشكل غير المصنف فى مكان آخر

Somato form Disorder not otherwise specified

١ ــ اضطراب التشوه الوهمى للجسد

Body Dismorphic Disorder

و يتميز بالانشغال بتشوه متخيل فى المظهر الجسدى لدى شخص طبيعى المظهر وأكثر أنواع الشكاوى شيوعا هى العلامات التى بالوجه مثل تجاعيد أوندبات فى الجلد أو كثرة شعر الوجه أو شكل الأنف أو الفك أو الحواجب أو ورم بالوجه ونادراً ما تكون الشكوى من شكل اليدين والقدمين والثديين والظهر و بعض أجزاء الجسم الاخرى ، فى بعض الحالات قد يوجد شذوذ طفيف فى الشكل ولكن انشغال الشخص به وتصوره له يكون شديدا .

فى الماضى كان يسمى هذا الاضطراب (رهاب تشوه الشكل الجسدى) (Dysmorphophobia) ولكن نظرا لانه لا يشمل تجنبا رهابيا ، اعتبرت هذه التسمية خاطئة ، وان كان يستخدمها البعض فى الحالات التى يصل الاقتناع

بالتشوه فيها إلى درجة الضلال ، ولكن المفضل هو تسمية هذه الحالات بالاضطراب الضلالى النوع الجسمانى (Delusional Disorder somatic type) .

وأهم الأعراض المصاحبة هى الزيارات المتكررة لجراحى التجميل وأخصائى الامراض الجلدية كمحاولات لتصحيح التشوه ، بالاضافة إلى أعراض اكتئابية وسمات الشخصية الوسواسية ، وتجنب للمواقف الاجتماعية بسبب التوتر المرتبط بالتشوه المتخيَّل .

البداية والمسار والمضاعفات :ـ

و يبدأ الاضطراب فى المراهقة أو العشرينيات أو الثلاثينيات من العمر و يظل ثابتا لعدة سنوات حتى دون أن يعرض نفسه لطبيب ، وقد ينشأ عنه اعاقة اجتماعية ووظيفية ومن أهم مضاعفاته التعرض لعمليات جراحيه تجميليه لا داعى لها .

التشخيص :ـ

يشخص الاضطراب المتوهم لتشوه الجسد بما يلى :ـ

١ ـ الانشغال بتشوه متخيل فى المظهر الخارجى لدى شخص يبدو طبيعيا أو وجود شذوذ طفيف و يبالغ فيه الشخص كثيرا .

٢ ـ الاقتناع بالتشوه لا يصل إلى درجة الضلال (كما فى الاضطراب الضلالى) .

٣ ـ وجوده لا يستبعد خلال اضطراب القهم العصابى (Anorexia nervosa) أو اضطراب عدم قبول جنسه . (Transsexualism)

التشخيص الفارق :

١ ـ الانشغال الطبيعى بالتشوهات فى المظهر التى تحدث فى المراهقة مثل حب الشباب (Acne) .

٢ ـ نوبات الاكتئاب العظمى واضطراب الشخصية التجنبية والرهاب الاجتماعى فالشخص فى هذه الاضطرابات قد يضخم تشوهاته فى المظهر ولكنه ليس العرض السائد فى الاضطراب .

٣ـ الاضطراب الضلالى النوع الجسمى: الاقتناع بالتشوه يصل إلى درجة الضلال .

٤ ـ القهم العصابى واضطراب عدم قبول الجنسى : ليس الانشغال بتشوه الجسم .

انتشار وسبب الاضطراب :

يعتقد أنه شائع ولكن سببه غير معروف ، و يفسر ديناميا بأنه يوجد معنى لا شعورى مضخم للجزء المتصور وجود تشو يه به والتى يمكن تتبعها فى مراحل النمو النفسى الجنس المبكرة ، وأن الاضطراب يتضمن حيلا دفاعية هامه هى الكبت والانشاق والتشو يه والترميز والاسقاط .

علاج الاضطراب :

هؤلاء المرضى يرفضون العلاج النفسى برغم معاناتهم الشديدة ، و يصرون على اجراء جراحات تجميلية ، ومن هنا دور جراح التجميل فى تشخيص هذه الحالات ، يمكن اعطاء هؤلاء المرضى بمساعدة الطبيب النفسى عقاقير مثل (بيموزيد) (Pimozide) (أوراب) (Orap) الذى له فعاليه فى تقليل الاعراض ، وأحيانا تفيد مضادات الاكتئاب ومثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية ، وقد يلزم استمرار العلاج لفترة طو يلة .

٢ ـ اضطراب التحول

(Conversion Disorder)

(Hysterical Neurosis, Conversion type)

ويميزه تغير أو فقد وظيفة جسمانية الناتج عن صراع نفسى أو حاجة نفسية ، مثل هذه الاعراض الجسمانية لا يمكن أن يفسرها مرض طبى معروف أو آليه باثوفسيولوجية ، ومرضى هذا الاضطراب لا يعون الأساس النفسى لاعراضهم ولا يمكنهم التحكم فيها بإرادتهم .

وأكثر أعراض اضطراب التحول وضوحا وتقليدية تلك التى توحى بمرض عصبى مثل الشلل واحتباس الصوت ونو بات التشنج واضطراب التحكم

الحركى والعمى والرؤية الانبوبية (Tunnel Vision) وفقد حاسة الشم (Anosmia) وخدر أو تنميل فى جزء أو كل الجسم، ونادرا ماتحدث الاعراض التحولية فى الجهاز العصبى المستقل أو جهاز الغدد الصماء فالقىء كعرض تحولى يمكن أن يمثل رفض وقرف، والحمل الكاذب (Pseudocyesis) يمكن أن يمثل رغبة فى الحمل والخوف منه معا.

وتوجد آليتان لتفسير تكون الأعراض التحولية :

الأولى : المكسب الاولى (Primary gain) :

حيث يحتفظ الشخص بصراعه الداخلى أو حاجته النفسية بعيدا عن دائرة الوعى، وتوجد علاقة مبدئية بين المثير البيىء الذى له علاقة بالصراع النفسى أو الحاجة النفسية و بدء أوتفاقم العرض (مثل الاستفزاز الذى يحدث صراعا داخليا حول التعبير عن الغضب فيعبر هذا الصراع باحتباس الصوت (Aphonia)، أو رو ية منظر صدمى يثير صراعا يعبر عنه بالعمى الهستيرى، وفى مثل هذه الحالات للعرض دلالة رمزية تمثل حل جزئى للصراع النفسى الكامن).

الثانيه: المكسب الثانوى (Secondary gain): بتجنبه النشاط المزعج له بالاضافة إلى مايحصل عليه من مساندة وتعاطف واشفاق من البيئة المحيطة (مثل الجندى الذى يصاب بالشلل فيتجنب حمل السلاح بالاضافة إلى مايناله من اشفاق المحيطين واهتمامهم، والشخص ذو الميول الاعتمادية قد يحدث له العمى أو عدم القدرة على المشى أو الوقوف (astasia-abasia) ليمنع مغادرة شريكه له، مع أن كل حركات الرجلين طبيعية)

و يتميز اضطراب التحول بأنه غالبا عرض واحد خلال النوبة ولكنه قد يتفاوت فى المكان وطبيعته اذا وجدت نوبات تاليه، وأن الاعراض تحدث فجأة فى موقف ضاغط.

و يصاحب العرض التحولى سمات الشخصية الهستيرية، وعدم المبالاة تجاه العرض حتى أطلق على من لديها اضطراب التحول (الجميلة اللامبالية) (Labelle indifference) وهذه العلامة ليست ذات قيمة تشخيصية عالمية لأنها قد توجد لدى بعض المرضى بمرض جسمانى خطير.

بداية الاضطراب ومساره ومآله :ـــ

يبدأ الاضطراب عادة فى المراهقة أوبداية الرشد أومنتصف العمر أوحتى العقود الأخيرة من العمر، بداية مفاجئة، والمسار عادة قصير والشفاء مفاجىء أيضا، وأحيانا تتكرر النوبات و يصبح المسار مزمنا، حوالى (٢٥ ٪) من المرضى يحدث لهم أعراض تحولية أخرى خلال السنوات الخمس التالية، و بصفة عامة يوجد عرض واحد فقط خلال نوبة الاضطراب، وفى النوبات التالية إما أن يكون نفس العرض أوغيره .

الإعاقة والمضاعفات :

لاضطراب التحول تأثير ملحوظ على الأنشطة الحياتية وكثيرا ما يعوقها، كما أن الفقد الطو يل لوظيفة قد ينتج عنه مضاعفات حقيقية وخطيرة، مثل تقوسات فى الأطراف، أوضمور العضلات المشلولة لاهمالها وعدم استعمالها (Disuse atrophy) عندما يرتبط بشخصية معتمدة مضطر بة فإن العرض التحولى يشجع على نمو الدور المرضى المزمن (Chronic sick role) [1]، وقد يحدث تشوة أوعجزمن جراء الأساليب التشخيصية غيراللازمة .

تشخيص اضطراب التحول : يشخص بالمواصفات الآتية :ـــ

١ ـــ فقد أوتغير فى وظيفة جسمانية بما يوحى باضطراب عضوى .

٢ ـــ هناك عوامل نفسية اجتماعية لها علاقة سببية مبدئية بالأعراض، ولها علاقة بصراع داخلى أوحاجة نفسية، وتبدأ العرض أوتجعله يتفاقم .

---

(١) يعرف الدور المرضى أو السلوك المرضى بأنه الطريقة التى يتميز بها ادراك المريض وتقييمه وتفاعله مع أعراضه، فبينما نجد شخصا لايلقى بالا لعرض معين تجد آخر ينسحب من عمله و يتوتر وتحدث له اعاقة نفسية خطيرة، ويمر سلوك المرض هذا بمراحل أولاها : مرحلة الشعور بالعرض : حيث يقرر أن هناك اضطراب ما، وثانيها : مرحلة تقمص دور المرض : حيث يبدأ فى التوقف عن أداء مهامه العادية و يقنع المحيطين به باستحقاقه لدور المريض، وثالثها : طلب الرعاية الطبية، ورابعها : تقمص دور المريض الاعتمادى، ثم يعود المريض فى المرحلة الخامسة الى الكدح والسعى فى الحياة والتخلى عن دور المريض ولكن يظل ملتصقا به أحيانا .

٣ ـ الشخص لا يعى ولا يقصد إحداث الأعراض .

٤ ـ العرض لا يمكن أن يفسره مرض جسمانى بعد الفحوصات .

٥ ـ العرض ليس محصورا فى الألم أو اضطراب الوظيفة الجنسية .

التشخيص الفارق :

١ ـ بعض الأمراض الجسمانية ذات الاعراض الغامضة والمتعددة مثل التصلب المتناثر (Multiple sclerosis) أو مرض الذئبة الحمراء الجهازى (Systemic lupus erythematosus) ، وخاصة فى المراحل المبكرة من المسار فيخطأ فى تشخيصه على أنه اضطراب تحول ؛ يتم تشخيص اضطراب التحول إذا كانت الاعراض لا تتفق مع مرض جسدى معروف ، مثل الشكاوى التى يتضح أنها غير متسقة مع التوزيع التشريحى للجهاز العصبى ، أو وظيفة حركية جيدة لجزء من الجسم مفترض أنه مشلول ، أو عمى هستيرى لدى شخص ورغم ذلك توجد استجابات سوية لانسان العين (Pupil) ، كما أن زوال الأعراض خلال الايحاء أو التنويم المغناطيسى أو الحقن بالصوديوم أموباربيتال (Amobarbital) يوحى بتشخيص اضطراب التحول ، ولكن يلاحظ أن التحسن المبدئى بالإيحاء له قيمة تشخيصية ضئيلة لأنه قد يحدث مع مرض عضوى حقيقى .

٢ ـ الأمراض الجسمانية التى تلعب فيها العوامل النفسية دورا هاما مثل القولون المتصلب (Spastic colon) ، أو الأزمة الربوية (الشعبية) (Bronchial asthma) لا يجب تشخيصها اضطراب تحول لان لها آليات مرضية محددة ، أو آليات باثوفسيولوجيه مسئولة عن الاضطراب .

٣ ـ اضطراب التجسيد ونادرا الفصام : حيث لا يشخص اضطراب التحول عندما تعزى الأعراض لأى من هذين الاضطرابين .

٤ ـ الاضطرابات الجنسية : نظرا لأنه يصعب تحديد ما إذا كان الارتخاء الجنسى مثلا لدى الرجال (أو البرود الجنسى لدى الإناث) يمثل تفاعلا فسيولوجيا للقلق أو أنه تعبير مباشر عن الحاجة النفسية أو الصراع النفسى ، بالإضافة إلى

وضع كل الاضطرابات الجنسية معا فى مجموعة فإن الأعراض التحولية المتضمنة اختلالا فى الوظيفة الجنسية لا تشخص على أنها اضطراب تحويل .

٥ ــ الألم الجسدى الشكل : يمكن أن يفهم على أنه عرض تحولى ولكن نظرا لاختلاف المسار والعلاج ونتائجه فإنه يوضع كاضطراب منفصل .

٦ ــ توهم المرض : حيث توجد أعراض جسمانية ، ولكن لا يوجد فقد أو تشوه فعلى لوظائف الجسم .

٧ ــ اضطراب استحداث أعراض جسمانية : (Factitious Disorder) تحدث الأعراض فيه عن قصد ، و يصعب أن تميز نو بات صرعية هستيرية من أخرى مستحدثة .

٨ ــ ادعاء الأعراض : الذى يكون عن قصد ولهدف واضح .

انتشار اضطراب التحول :

تشير الاحصاءات فى الدول المتقدمة إلى أن اضطراب التحول حاليا نادرا ، ولكن بعض الدراسات المسحية تشير إلى أن معدل حدوث أعراض تحوليه فى وقت ما من حياة الشخص (Life time incidence) يتراوح من (٢٥ ٪) إلى (٣٣ ٪) ، وأن انتشار اضطراب التحول بين مرضى المستشفيات العامة الذين يمثلون للفحص النفسى ، يتفاوت من (٥ ٪) إلى (١٦ ٪) و بالمقارنة بذلك فإن مرضى اضطراب التحول الذين يمثلون للعلاج الطب نفسى أقل كثيرا .

و يكثر اضطراب التحول بين الإناث مرتين إلى خمس مرات عنه بين الذكور كما يكثر بين المراهقين والشباب و بين الطبقات الاجتماعية الفقيرة ، وفى المجتمعات الريفية والاميين ، ولعل هذا يفسر انتشاره بدرجة ملحوظة فى الدول الفقيرة ودول العالم الثالث التى يكثر فيها الفقر والأمية بالإضافة إلى الكبت . .

أسباب اضطراب التحول :

١ ــ عوامل بيولوجية : يعتقد البعض أن اضطراب التحول له أساس نيوروفسيولوجى، فى صورة اضطراب فى يقظة جهازهم العصبى المركزى وافترض أن أعراضهم تنشأ من فرط اليقظة القشرية التى تولد تغذية مرتجعة

سالبة بين قشرة المخ والجهاز المنشط الشبكي فى جذع الدماغ وزيادة معدلات (Corticofugal output) بدورة يثبط النبضات الحسية الحركية الصاعدة، وهكذا يقل الوعى باحساسات الجسم، التى تظهر فى بعض مرضى اضطراب التحول كنقص حسى.

٢ ـ عوامل نفسية : ترجع النظرية التحليلية اضطراب التحول إلى كبت الصراعات الداخلية اللاشعورية وتحويل القلق إلى عرض جسمانى، والصراع يقع بين حفزة غريزية (عدوانية أوجنسية)، وبين حرمة التعبير عنها أومنعها، ظهور العرض يسمح بالتعبير الجزئى للرغبة الممنوعة ولكنها (أى الحفزة) تثير الاشمئزاز لدى المريض لدرجة أنه لا يواجهها شعوريا، أى أن العرض التحولى له علاقة رمزية بالصراع اللاشعورى، كما أن الأعراض التحولية تمكن المريض من نيل اهتمام خاص ومعاملة خاصة، وهكذا فإن هذه الأعراض تعد وسائل اتصال غير لفظى للسيطرة على المحيطين به وتسخيرهم للاهتمام به، وهذا ما أشرنا إليه كمكسب ثانوى ضمن الآليتين الأساسيتين فى حدوث اضطراب التحول.

العلاج :

نخبر المريض أنه لا يوجد خلل بجسده وأن العرض سوف يختفى، والمدخل المفضل فى علاج اضطراب التحول هو العلاج النفسى، خاصة العلاج النفسى التحليلى الذى يهدف إلى استكشاف الديناميات الداخلية، وفهم جوانب الصراع ورمزية العرض وآلية حدوثه، وهذا مفيد جدا فى علاج هذه الحالات بخلاف علاج التنويم ومضادات القلق وتمازين الاسترخاء فإنها جميعا تفيد أحيانا ولكنها قد تزيل العرض مؤقتا، وقد يلزم الحقن الوريدى لاميتال الصوديم (Amytal) لأخذ التاريخ المرضى خاصة فى حالة الصدمات العاطفية، وذلك لمساعدة المريض على إزالة الكبت وإعادة معايشة الصدمة، و يلاحظ أن استمرار العرض لفترة طويلة يثبت العرض و يعود المريض على استمرار تقمص الدور المرضى.

اضطراب توهم المرض

Hypochondriasis

وهو الانشغال الزائد بمرض وانشغال الشخص بصحته بشكل مفرط وتفسيراته غير الواقعية لأعراضه الجسمانية مما يؤدى إلى الانشغال بالخوف أو الاعتقاد أنه لديه مرض خطير، رغم أن الفحص الجسمانى الدقيق يؤكد عدم وجود مرض يمكن أن يفسر احساسات المريض وتفسيره غير المنطقى لها ، وهذا الاعتقاد أو الخوف غير المنطقى يظل ثابتاً رغم التأكيدات الطبية أنه ليس لديه مرض ، ولكن هذا الاعتقاد لا يصل إلى شدة الضلال ، حيث أنه يمكن أن يقبل احتمال كونه مبالغاً فى خوفه من المرض أو أنه قد لا يوجد مرض على الإطلاق .. وقد يكون الانشغال بوظائف الجسم مثل ضربات القلب أو العرق أو حركة الأمعاء أو الشذوذات الجسدية الطفيفة (مثل الكحة البسيطة) ، حيث يفسر الشخص ذلك كبرهان على مرض خطير، وقد يشمل المرض للمتخوف منه عدة أجهزة جسمانية وقد يتركز الانشغال بعضو واحد كما فى حالة عصاب القلب (Cardiac Neurosis) التى فيها يخاف الشخص أو يعتقد أنه مريض القلب .

و يصاحب هذا الاضطراب بكثرة التردد على الأطباء (Doctor shopping) وتدهور العلاقة الطبيبية المريضية واحباط كل من المريض والطبيب ، بالإضافة إلى أعراض القلق والاكتئاب وصفات الشخصية الوسواسية .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

يبدأ اضطراب توهم المرضى فى أى سن ولكنه يكثر فى العشرينيات ، و يصبح مزمنا مع فترات من الهوادة والاشتداد فى ثلثى الحالات ، كما أن ثلث المرضى لا يتحسنون و يضطرب تكيفهم من حيث الوظيفة المهنية والعلاقات الاجتماعية بسبب الانشغال بالمرض ، وقد تزداد الاعاقة فيصبح الشخص طريح الفراش ، وأحيانا يتعرض لعمليات جراحية استكشافية تحمل أخطارا عديدة ، بالاطافة إلى أن الاعراض التى يشكو منها قد تؤدى إلى تشخيص خاطىء و بالتالى خطأ

العلاج .. أما الأطفال الذين يصابون بهذا الاضطراب فيتم شفاؤهم تماما فى نهاية المراهقة كما أن العلاج الطب نفسى يساعد نسبة كبيرة من هؤلاء المرضى ، ولوحظ أن وجود ملامح قلق أو اكتئاب مع توهم المرض يحمل التنبؤ بمآل حسن ، وكذلك البداية الحادة ، وغياب اضطراب الشخصية ، وصغر السن ، وغياب المرض العضوى (الذى قد يكون مصاحب) ، والحالة الاجتماعية والاقتصادية المرتفعة ، كلها عوامل تنبىء بمصير حسن أيضا .

تشخيص توهم المرض :

١ ـــ الانشغال مع الخوف أو الاعتقاد أن لدى الشخص مرض خطير ، بناءا على تفسيراته لأعراضه أو احساساته كبرهان على المرض الجسدى .

٢ ـــ الفحص الجسمانى المناسب ينفى وجود المرض الجسدى .

٣ ـــ الاعتقاد أو الخوف من وجود المرض لا يختفى بعد طمأنة الطبيب بأنه غير مريض .

٤ ـــ المدة على الأقل ستة شهور .

٥ ـــ لا يصل الاعتقاد فى هذا الاضطراب لدرجة الضلال كما فى الاضطراب الضلالى النوع الجسدى .

التشخيص الفارق : يجب أن يميز توهم المرض من كل من :

١ ـــ مرض جسدى حقيقى : فقد تكون بداية مرض جسدى حقيقى غامضة لا يمكن تفسيرها مثل التصلب المتناثر (M. S.) أو اضطراب الغدد الصماء (الغدة الدرقية أو جار الدرقية) ، أو مرض يؤثر فى أجهزة عديدة من الجسم مثل مرض الذئبة الحمراء الجهازية (Systemic lupus erythematosus) ، إلا أن وجود مرض عضوى حقيقى لا يلغى احتمال توهم المرض كمصاحب له .

٢ ـــ بعض الاضطرابات الذهانية مثل الفصام والاكتئاب العظيم المصاحب بأعراض ذهانية ، وقد توجد ضلالات جسمانية عن الاصابة بمرض ، ولكن نلاحظ أن الاعتقاد فى توهم المرض لا يصل إلى درجة الضلال حيث يمكن أن

يقتنع الشخص أنه قد لا يكون مريضا ، وقد يصعب هذا التمييز في بداية الأمر .

٣ ــ في الاضطرابات الذهانية والديسيميا واضطراب الهلع واضطراب القلق العام واضطراب الوسواس والقهرى واضطراب التجسيد قد توجد انشغالات توهمية مرضية ، ولكن نادرا ما يكون الانشغال بالأعراض التوهمية لمدة طويلة في اضطراب التجسيد و يوجد ميل للانشغال بالأعراض علاوة على الخوف من الإصابة بمرض معين ، ولكن عند وجود مواصفات أى من هذه الاضطرابات مع مواصفات توهم المرض يشخص كلاهما .

انتشار توهم المرض :

في الممارسة الطبية العامة ينتشر توهم المرض بنسبة (٣ ــ ١٤ ٪) من المرضى ، ولكن معدل الانتشار بين جموع الناس غير معروف ، و يستوى الرجال والنساء في توهم المرض ، و يزداد انتشاره خلال العقد الرابع أو الخامس من العمر ، إلا أنه يصيب جميع الاعمار خاصة المراهقين والشيوخ بعد عمر الستين .

أسباب توهم المرض :

١ ــ **العوامل البيولوجية :** لوحظ زيادة معدل انتشار توهم المرض بين التوائم المتماثلة والأقارب من الدرجة الأولى ، وهذا يشير إلى العامل الوراثي الجيني .. كما لوحظ أن متوهمي المرض لديهم عتبة منخفضة للألم (threshold) وأن تحملهم للمعاناة الجسدية ضئيل جدا لدرجة أن ما يستقبله الشخص الطبيعي كضغط على البطن مثلا يخبره المتوهم للمرض كألم في البطن .. كما أن المرض قد يهيء المريض لتوهم المرض بطريقين أحدهما : التفاعلات التوهمية المرضية العابرة غالبا تتبع مرض خطير أو مهدد للحياة (مثل النقاهة بعد احتشاء عضلة القلب) ؛ ثانيها : توهم المرض الأولى (Primary hypochondriasis) يبدو أنه يرجع لطفولة بها أمراض عديدة وتواريخ مرضية عديدة عايشها الطفل .

٢ ــ **عوامل نفسية :** ترى المدرسة التحليلية أن توهم المرض يرجع إلى أصول دينامية ، فالرغبات (أو الحفزات) العدوانية توجه إلى شكاوى جسمانية بعد

كبتها وتحويلها بواسطة حيلتي الكبت والنقل ، وغضب متوهم المرض يعود إلى احباطات الطفولة والفقد أثنائها ، و يعبر عنه خلال توهم المرض كالتماس مساعدة الناس وجذب اهتمامهم ثم رفضهم بعد ذلك و وصفهم بعدم الفاعلية والعجز عن مساعدته ، ومن ثم يعد توهم المرض دفاع ضد الشعور بالذنب وشعور الشخص بأنه سيء ونقص اعتبار الذات ، بالاضافة إلى أنه علامة على الانشغال بالذات . فالألم والمعاناة الجسدية تصبح وسيلة للتكفير عن أخطاء الماضي سواء كانت على مستوى الواقع أومستوى الخيال .

٣ـ **العوامل الاجتماعية والثقافية :** فقد يعتبر الدور المرضى طريقا للهروب من مشكلات عسيرة الحل فى بعض البيئات ، فتؤجل مقاضاته و يلتمس له الاعذار كمريض بل وقد يكسب تعاطف المحيطين به .

علاج اضطراب توهم المرض :

العلاج المفضل لحالات توهم المرض هو العلاج النفسى رغم أن هؤلاء المرضى يقاومون هذا النوع من العلاج ، و يتم فى إطار فردى تحليلى أوجماعى .. أما العلاج بالعقاقير فإنه لا يفيد إلا فى حالة وجود أعراض مصاحبة يتوجه اليها مثل القلق أوالاكتئاب ، وعندما يكون توهم المرض ثانو يا لاضطراب نفسى آخر يجب علاج هذا الاضطراب .

اضطراب التجسيد
(Somatization Disorder)

وهو اضطراب مزمن من الشكاوى الجسمانية المتعددة التى لا يمكن تفسيرها طبيا وترتبط بالكروب النفسية والاجتماعية ، وتكرار هذه الشكاوى يصاحبه البحث عن علاج طبى ، وكان يسمى هذا الاضطراب لزمة بريكيه (Briquet's Synd) وأحيانا كان يسمى هستيريا .

عادة ما يعرض المريض لشكاواه فى شكل درامى غامض أوبطريقة مبالغ فيها أو كجزء من تاريخ طبى معقد شخصت فيه أعراضه تشخيصات طبية متعددة وأعطى علاجات عديدة من عديد من الأطباء . والشكاوى أيضا متفاوته ولكنها عادة تشمل الأجهزة الآتية : أعراض عصبية كاذبة أوتحولية مثل (الشلل

أو العمى) ، والجهاز الهضمى (مثل الآم البطن) ، واضطرابات الجهاز التناسلى (مثل الالام المصاحبة للحيض لدى الأنثى) ، وآلام الظهر وأعراض ترتبط بالصدر والقلب (مثل الاختناق والدوخة) .

و يصاحب اضطراب التجسيد غالبا بأعراض القلق والاكتئاب ، بالاضافة إلى السلوك المضاد المجتمع والمصاعب المهنية والمشاكل الزوجية ، وأحيانا توجد هلاوس فى صورة سماعه (أى المريض) لصوت ينادى عليه باسمه ، ولكن فهم الواقع سليم ، وغالبا توجد مواصفات الشخصية الهستيرية ، ونادرا توجد مواصفات الشخصية المضادة للمجتمع .

البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

يبدأ اضطراب التجسيد غالبا فى العقد الثانى من العمر ونادرا فى العشرينيات ، والأعراض المبكرة لظهوره لدى الفتيات هى أعراض اضطراب الحيض (الدورة الشهرية) ، ثم يصبح المسار مزمنا ومتماوج على هيئة فترات من الهوادة والاشتداد ، ونادرا ما يتم التحسن التلقائى ، ونادرا ما يمر عام دون اللجوء إلى العلاج الطبى .. وكثيرا ما يتعرض لتشخيصات طبية متعددة وأحيانا يتعرض لجراحة غير ضرورية ، أويصبح مدمنا لعقاقير نفسية ، وقد يصاب بفترات من الكآبة الشديدة التى قد تصل إلى محاولات الانتحار أو الانتحار فعلا ، ولكن لوحظ أن معدلات الوفيات بين هؤلاء المرضى لا تزيد عنها بين عامة الناس .

تشخيص اضطراب التجسيد :

١ ـ وجود تاريخ مرضى لشكاوى جسمانية متعددة أو اعتقاد أنه مريض يبدأ قبل سن الثلاثين و يستمر لعدة سنوات .

٢ ـ وجود ثلاثة عشر عرضا مرضيا من قائمة الأعراض الآتية (على أن لا تكون ناتجة عن مرض عضوى أو آلية باثوفسيولوجية ، وأن لا تكون خلال نوبة هلع ، وأن تكون جعلت المريض يتعاطى علاجا دوائيا غير مسكن الألم أو زار طبيبا أو غَيّر نمط حياته) :

قائمة الاعراض :

أعراض خاصة بالقناة الهضمية :

١ ــ القيء (فى غير أثناء الحمل) .

٢ ــ ألم فى البطن (دون دورة الحيض الشهرية) .

٣ــ الغثيان (دون مرض الدوار) .

٤ ــ الشعور بالانتفاخ .

٥ ــ الاسهال .

٦ــ عدم تحمل العديد من صنوف الطعام .

أعراض الالم :

٧- ألم الأطراف .

٨- ألم الظهر.

٩- ألم المفاصل .

١٠- ألم أثناء عملية التبول .

١١- ألم آخر (غير الصداع) .

أعراض الجهاز الدورى التنفسى :

١٢- النهجان دون بذل مجهود .

١٣- الشعور بضربات القلب .

١٤- ألم بالصدر.

١٥- الدوخه .

أعراض تحولية أوعصبية كاذبة :

١٦- النساوة .

١٧- صعوبة البلع .

١٨- فقد الصوت .

١٩- الصمم .

٢٠- ازدواج الرؤية .

٢١- اهتزاز الرؤية .

٢٢- العمى .

٢٣- الاغماء (أو فقدان الوعى) .

٢٤- التشنجات .

٢٥- اضطراب المشية .

٢٦- الشلل أو ضعف العضلات .

٢٧- احتباس البول أو صعوبة التبول .

أعراض جنسية لمدة طويلة :

٢٨- حرقان فى الأعضاء التناسلية (الجنسية) (فى غير أثناء الجماع) .

٢٩- ألم أثناء الجماع .

٣٠- عدم التمايز الجنسى .

٣١- العنة (الارتخاء الجنسى) .

أعراض فى جهاز المرأة التناسلى تحدث كثيرا لدى أغلب النساء :

٣٢- ألم الدورة الشهرية .

٣٣- فترات من عدم انتظام الدورة الشهرية .

٣٤- نزف شديد أثناء الدورة الشهرية .

٣٥- القىء خلال الحمل .

التشخيص الفارق :

١ ــ يجب على الاخصائى قبل تشخيص هذا الاضطراب استبعاد الاضطرابات ذات الأعراض العابرة وغير المحددة مثل التصلب المتناثر (M.S.) والذئبة الحمراء (S.L.E) والبرفيرية (Porphyria) وزيادة نشاط الغدة جار الدرقية والأمراض المعدية الجهازية المزمنة .

٢ ــ الفصام المصاحب مع عديد من الضلالات الجسمانية ، وقد يصاحب اضطراب التجسيد .

٣ ــ اضطراب الهلع : الأعراض تكون فى إطار نوبة الهلع .

٤ ــ اضراب التحويل : وفيه يكون عرض واحدا أو أكثر من الأعراض التحولية فى غياب صورة اضطراب التجسيد الاكلينيكية .

٥ ــ اضطراب استحداث أعراض جسمانية : يكون لدى الشخص شعور بأنه يتحكم فى إحداث الأعراض .

انتشار اضطراب التجسيد :

يحدث اضطراب التجسيد بنسبة (١ ــ ٢ ٪) من كل الاناث فى أقل من ذلك بكثير بين الرجال و يقل انتشاره كلما ارتفع المستوى الاجتماعى ، و يزداد معدل الانتشار بين الأميين الفقراء ، و يبدأ قبل سن الثلاثين .. ويحدث فى بعض الأسر بشكل مطرد حيث لوحظ أن انتشاره بين الإناث أقارب الدرجة الأولى للمرضى بنسبة (١٠ ــ ٢٠ ٪) كما يزداد بين الأقارب من الذكور اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والادمان .

أسباب اضطراب التجسيد :

١ ــ عوامل بيولوجية : لوحظ أن انتشار الاضطراب فى كل من التوائم المتماثلة يصل إلى (٢٩ ٪) بينما نسبته فى التوائم غير المتماثلة (١٠ ٪) وفى هذا إشارة لدور الجنيات الوراثية ، كما أشارت دراسات التبنى أن الأباء البيولوجيين والمتبنين المصابين باضطراب التجسيد يصاحبه لدى الابناء زيادة حدوث

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والادمان ، وهذا يؤكد دور العوامل البيئية بجانب العوامل الجينية .

٢ ــ **العوامل البيئية والاجتماعية :** النموذج الوالدى والتعلم من الأسرة يوحى للطفل أن يجسد معاناته ، كما أن الإيذاء البدنى للطفل ينمى ميول التجسيد لديه ، وكذلك عدم الاستقرار الأسرى .

٣ ــ **العوامل النفسية :** افترض أن مرضى اضطراب التجسيد لديهم خلل مميز انتباهى ومعرفى ينتج عنه ادراك خاطىء وتقويم للمداخل الحسية الجسدية فترصد أخطاء جسدية (أعراض) غيرحقيقية .

علاج اضطراب التجسيد :

يلزم هذا المريض علاقة طيبة طويلة الأمد مع طبيب واحد ، لأن تردده على عدد من الأطباء يعطى فرصة لتدخلات علاجية غير لازمة (مثل العمليات الجراحية) .. وللعلاج النفس دور هام حيث يقلل كثيرا من اضطراب التجسيد لديهم ومن دخولهم المستشفيات ، حيث يساعد المريض على قبول أعراضه والتكيف معها وهذا يزيل الشعور بها و يزيلها أيضا ، بالإضافة إلى مساعدة المريض على حل مشاكله الحقيقية ، ويجب تجنب اعطاء العقاقير النفسية والمسكنات ، ولكن إذا وجدت أعراض قلق أو اكتئاب يمكن اعطاء مضادات لها .

٥ ــ اضطراب الألم جسدى الشكل

(Somatoform Pain Disorder)

يتميز هذا الاضطراب بالانشغال بالألم فى غياب مشاهدات جسمانية مناسبة تشير إلى عامل عضوى مسئول عن الألم أو شدته .. وهذا الألم إما غير متسق مع التوزيع التشريحى للجهاز العصبى ، أويتسق مع التوزيع التشريحى ولكن الفحص الدقيق ينفى وجودوض معروف (كالذبحة الصدرية أوألم عرق النسا) ، وليس له آلية باثوفسيولوجية يعزى إليها كما هو الحال فى صداع التوتر (Tension headache) الناتج من تقلص عضلى ، وهذا الانشغال بألم شديد ومستمر لمدة ستة شهور على الأقل .

والعلاقة بين العوامل النفسية والألم قد تكون ظاهرة فى بعض الحالات حيث توجد علاقة مبدئية بين بدء الالم أواشتداده والصراع النفسى أوالحاجة النفسية ، وقد تكون العلاقة غير ظاهرة .

و يصاحب هذا الاضطراب بتغيرات حسية أوحركية (Paresthesia, Spasm) و يتميز مريض هذا الاضطراب بكثرة زياراته للأطباء للحصول على ما يخفف الألم رغم طمأنة الأطباء له (doctor shopping) ، و يسرف فى تعاطى المسكنات دون أن تخفف حدة الألم ، و يطلب إجراء جراحات ، وعادة يرفض إعزاء الألم إلى عوامل نفسية ، وفى بعض الحالات يكون للألم أهمية رمزية مثل الالم الذى يشير إلى ذبحة صدرية لدى شخص مات والده من مرض بالقلب ، و يكثر فى التاريخ المرضى السابق لهؤلاء المرضى وجود اضطراب التحول ، ونادرا ما تكون الشخصية هستيرية ، وغير معبرة عن انفعال (La belle indifference) وكثيرا ما توجد أعراض الاكتئاب حيث يضاف تشخيص نوبة الاكتئاب العظمى .

بداية ومسار الاضطراب ومضاعفاته :

يبدأ عند أى سن من الطفولة إلى الشيخوخة ولكن يكثر حدوثه فى الثلاثينيات والاربعينيات ، والبداية مفاجئة وتزداد شدته عدة أسابيع أوشهور ، وفى أغلب الحالات يظل ثابتا لعدة سنوات ، يأتى بعدها الشخص للعلاج النفسى ، ونظرا لأن الاضطراب مزمن والالم مزعج للمريض فإنه كثيرا ما يعوقه عن العمل ، وكثيرا ما يعتمد على المسكنات والمهدئات فيصبح مدمنا أويلجأ لاجراء عمليات لاداعى لها .

تشخيص اضطراب الالم جسدى الشكل :

يشخص الاضطراب فى حالة :

١ ـ الانشغال بألم على الأقل مدة ستة شهور .

٢ ـ وجود (أ) أو (ب) :

أ) الفحص المناسب لا يكشف عن سبب عضوى أوآلية باثوفسيولوجية تفسر حدوث الالم .

ب) عند وجود سبب عضوى فإن الشكوى من الالم أو الاعاقة مفرطة وغير مناسبة لما يحدثه هذا السبب العضوى من ألم .

التشخيص الفارق :

١ ــ المثول الدرامى بألم عضوى : حيث يصعب تمييزه لضآلة المشاهدات الاكلينيكية ، ولكن يوجد سبب عضوى ولا توجد مواصفات الألم النفسى .

٢ ــ اضطراب التجسيد والاكتئاب والفصام فقد يشكو المريض من آلام عديدة ولكن نادرا ما يسود الألم الصورة الاكلينيكية .

٣ ــ فى الادعاء (Malingering) يحدث الشخص الأعراض قصدا لتناسب هدف واضح ، مثل مدمن الأفيون الذى يشكو ألما جسمانيا ليحصل على الأفيون .

٤ ــ الالم المرتبط بتقلص العضلات (مثل صداع التوتر : لا يشخص كألم جسدى الشكل بسبب وجود آلية باثوفسيولوجية تفسر الالم .

انتشار اضطراب الالم جسدى الشكل :

ينتشر هذا الاضطراب بشكل شائع خاصة خلال الممارسة الطبية ، حيث يعد الالم أكثر الشكاوى المرضية شيوعا .. وتصل نسبته بين الاناث إلى ضعفها لدى الذكور ، وقمة انتشاره فى العقد الرابع والخامس ، كما يزداد انتشارة بين الطبقات الكادحة .

أسباب الالم جسدى الشكل :

١ ــ عوامل بيولوجية : يمكن لقشرة المخ أن تثبط روافد الالم ، وربما يكون السيروتونين هو الناقل العصبى الرئيسى فى التثبيط ، ويحتمل أن يكون هناك دور تلعبه الاندورفينات (الأفيونات الداخلية) فى تعديل الشعور بالالم ، و يبدو أن نقصها هو المسئول عن زيادة الالم .

٢ ــ عوامل بيئية واجتماعية : ترى نظرية التعلم أن سلوكيات الالم تتعزز عندما تكافأ ، وأنها تنطفىء (تثبط) عندما يتم تجاهلها أوعقابها ، فعندما يتعود

الشخص أن شكواه من ألم سوف تعطيه اهتمام المحيطين به وأنها تجنبه الأنشطة التى يكره مزوالتها فإنها (شكوى الألم) سوف تتعزز لديه ، وهذا ما تسميه المدرسة التحليلية بالمكسب الثانوى وإذا تعوده الطفل فإنه يجعله مهيأ لهذا الاضطراب ، ومن ثم فإن التربية والبيئة المحيطة تنمى هذا الاضطراب أوتنفيه .

٣ـ **عوامل نفسية :** ترى المدرسة التحليلية أن للالم معنى نفسيا تكون من خبرات الطفولة ، فهو طريقة للحصول على الحب ، أوعقاب للنفس تحت تأثير الشعور بالذنب ، والمريض يستخدم فى ذلك حيلا دفاعية هى النقل والاستبدال والكبت ، وقد يكون للتوحد كحيلة دفاعية دور عندما يكون موضوع الحب لدى المريض (أحد الوالدين مثلا) يعانى ألما ، و يكون لحيلة الترميز دور عندما يمثل الألم تعبيرا عن وجدان غير متبلور .

علاج اضطراب الالم جسدى الشكل :

إعطاء مرضى هذا الاضطراب لعقاقير مسكنه لا يكون مفيدا ، بالاضافة إلى أنه يحمل مخاطر أن يصبح الشخص مدمنا وخاصة أن هذا الاضطراب مزمن .. كما أن اعطاء المهدئات ومضادات القلق ليس له ما يبرره بالإضافة إلى أنها بعد فترة من تعاطيها تصبح هى مشكلة أخرى حيث يحدث الادمان .. أما اعطاء مضادات الاكتئاب مثل الاميتر بتيلين (Amitryptiline) أو الايمبرامين (Imipramine) فإنها تفيد سواء كان تقليلها للألم من خلال مفعولها المضاد للاكتئاب أو كان لها مفعول تسكين للالم مباشرة (بواسطة اثارتها للمسارات العصبية المثبطة للالم) .

و يساعد فى تخفيف الألم التغذية الحيوية المرتدة (Biofeedback) وتمارين الاسترخاء .. كما أن التنويم والايحاء المصاحب له وكذلك الاثارة الجلدية للعصب المقابل تعتبر حيلا مستخدمة ، وأحيانا تستخدم جراحة لقطع العصب الناقل للالم ، ولكن هذه الأساليب فقط تسكن الالم مؤقتا وغالبا ما يعود .

ولذا فإن العلاج النفسى يعد هاما فى علاج هذا الاضطراب وفهم ما يعنيه الالم بالنسبة للشخص فهما ديناما ، بالاضافة إلى تدريبه على أساليب الاسترخاء وممارسة التمارين الرياضية ، وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة .

٦ـ الاضطراب جسدى الشكل غير المتميز

(Undifferentiated Somatoform Disorder)

وهو اضطراب جسدى الشكل يميزه عديد من الشكاوى الجسمانية التى ستمرت ستة شهور دون سبب طبى يفسر ذلك ، على أن تحدث هذه الشكاوى بعيدا عن أى مرض نفسى آخر ، ولقد صنف هذا الاضطراب لاستيعاب الحالات التى لا تتفق مواصفاتها مع اضطراب التجسيد ، فقد يوجد عرض واحد مثل صعوبة البلع أوعديد من الاعراض الجسمانية مثل الاجهاد ونقص الشهية للطعام ومشاكل الجهاز المعوى .

و يعد هذا الاضطراب بقايا اضطراب تجسيد ولكنه أكثر شيوعا منه و يصاحبه أحيانا أعراض القلق والاكتئاب .. ومساره غير محدد فهو يتفاوت من حالة لأخرى ولكنه متردد غالبا أومحدود بنوبة واحدة (على الأقل ستة شهور) .. ومضاعفاته وأسبابه وعلاجه فينطبق عليه ما ينطبق على اضطراب التجسيد .

التشخيص الفارق :

١ ـ اضطراب التجسيد : بوجود عدد لازم من الأعراض المميزه لعدة سنوات والبداية قبل سن الثلاثين .

٢ ـ اضطراب تأقلم المصحوب بأعراض جسمانية : تكون المدة أقل من ستة شهور .

٣ ـ العوامل النفسية المؤثرة على الحالة الجسمانية (سيكوسوماتيك) والتى تمثل أعراضها فى صورة مرض أولزمة على المحور الثالث .

٧ ـ الاضطراب جسدى الشكل غير المصنف فى مكان آخر

(Somatoform disorder not otherwise specified)

وهو اضطراب يشمل الأعراض جسدية الشكل التى لا تتفق مع مواصفات أى من الاضطرابات جسدية الشكل المحددة (النوعية) أواضطراب التأقلم المصحوب بشكاوى جسمانية .

أمثلة :

١ ـ أعراض غيرذهانية توهمات مرضية لمدة أقل من ستة شهور .

٢ ـ شكاوى جسمانية ليس لها علاقة بضغوط (Stresses) مدتها تقل عن ستة شهور.

الفصل الثامن

مقدمة :ــ

١ ــ رجل فى الثامنة والخمسين من عمره جاء يشكو من شخصيته اخرى تنتابه أحيانا جريئة مع النساء تقرأ لهن الطالع وتهبهن البركة ، وكل صداقاتها مع النساء ، وهى لشاب من جنسية اخرى يفرط فى مغازلة النساء ، وهذه الشخصية على النقيض من شخصيته الاصلية الخجولة لدرجة منعته من الزواج ، والتى كانت تعوقه فى تجارته فى متعلقات النساء (الخواتم والاقراط .. الخ) ، وهو يطلب علاجا من هذه الشخصية التى ظهرت عليه منذ ثلاثة اعوام ، وجعلته يشعر بالذنب مما تفعله فى جرأة مع النساء وماتدعيه كذبا من معرفة الغيب والقدرة على تغييره .

٢ ــ شاب فى الثانية والعشرين من عمره أحضره أقاربه بسبب النسيان الذى طرأ عليه لكل مايحدث حوله إثر نجاته من حادث تصادم وقع من أسبوع بين سيارتين كان يستقل إحداهما بينما توفى بعضا ممن كانوا معه .. بفحصه النفسى لوحظ عدم تمايزه واضطراب اهتدائه ووعيه بالنسيان ، ولم يوجد أى خلل عضوى من خلال فحصه جسديا .

هذان المثالان لحالات اكلينيكية سوف نعرض لهما فى هذا الفصل .. هل يمكنك بعد اعادة قراءتها أن تضع اهدافا تعليمية تبغى معرفتها ؟ ما هى هذه الاهداف ؟

الاضطرابات الانشقاقية

Dissoicative Disorders

وهي مجموعة من اللزمات التى تتميز بتغير فى التكامل السوى لوظائف الوعى أو الهوية أو السلوك الحركى أو الذاكرة ، وقد يكون التغير مفاجئاً أو متدرجاً ، وعابراً أو مزمنا ، إذا حدث مبدئيا فى الهوية فإن هوية الشخص المعتادة تنسى مبدئيا و يتخذ هوية جديدة (كما فى اضطراب تعدد الشخصية) ، أو فقد الشعور المعتاد لواقع الشخص و يستبدل بشعور عدم الواقعية (كما فى اضطراب اختلال الإنية) ، أو حدث اضطراب مبدئى فى الذاكرة بحيث لا يمكن استدعاء احداثا شخصية (كما فى النساوة النفسية والشراد النفسى) .. ولقد كانت هذه المجموعة فى الماضى تعرف باسم أعصبة الهستيريا من النوع الانشقاقى ، وتشمل حاليا الاضطرابات الآتية :

١ ــ اضطراب تعدد الشخصية .
٢ ــ الشراد النفسى .
٣ ــ النساوة النفسية .
٤ ــ اختلال الإنية .
٥ ــ الاضطراب الانشقاقى غير المصنف فى مكان آخر .

اضطراب تعدد الشخصية

Multiple Personality Disorder

يتميز اضطراب تعدد الشخصية بوجود اثنتان أو أكثر من الشخصيات المنفصلة الواضحة ، والتى تتحدد كل منها بسلوكيات ومواقف واتجاهات خاصة عندما تكون مسيطرة .

تعرف الشخصية هنا على أنها نمط ثابت نسبيا من الاستقبال والتفكير والتعامل مع النفس والبيئة التى تظهر فى اطار متسع من المواقف الاجتماعية والشخصية ، وهناك حالات للشخصية تختلف فقط فى مدى اتساع الإطار الاجتماعى والشخصى .

الصورة الاكلينيكية :

فى الـحالات التقليدية لاضطراب تعدد الشخصية يوجد على الأقل شخصيتان كاملتان ، وأحيانا توجد شخصية واحدة منفصلة وحالة واحدة أو أكثر من حالات الشخصية .. فى الـحالات التقليدية يكون لكل من الشخصيات وحالات الشخصية ذكريات منفرده وأنماط سلوكية وعلاقات اجتماعية مميزة ، وفى حالات أخرى قد يوجد درجات متفاوته من الذكريات المشتركة والسمات السلوكية العامة أو العلاقات الاجتماعية ، وتندر الحالات التقليدية التى لها شخصيتان أو اكثر لدى الأطفال والمراهقين عنها لدى البالغين ، و يتفاوت عدد الشخصيات أو حالاتها لدى البالغين من اثنتان إلى أكثر من مائة فى الحالات بالغة التعقيد .

و يتم الانتقال عادة من شخصية لاخرى فجأة (خلال ثوانى الى دقائق) ولكن نادرا مايكون الانتقال تدريجيا (على مدى ساعات أو أيام) ، ويحفز الانتقال بواسطة ضغط نفسى اجتماعى ، وقد يحدث الانتقال لوجود صراعات بين الشخصيات أو تنفيذا لخطه وافقوا عليها ، أو تحت تأثير التنويم أو الفحص أو بتأثير الحقن بأموبار بيتال الصوديوم .. وغالباً تعى الشخصيات بعضها البعض أو كلها إلى درجات متفاوته ، وقد تخبر الآخرين كأصدقاء أو رفاق أو كأشخاص غيرمرغوبين (مكروهين) ، وفى لحظة ما فإن شخصية واحدة هى التى تتعامل مع العالم الخارجى .. والشخصية التى تمثل للعلاج غالباً لديها قليل من المعرفة عن الشخصيات الأخرى .

وأغلب الشخصيات تكون واعية بفترات من الفقد الزمنى أو تشوهات فى خبرتهم بالوقت ، فعلى سبيل المثال قد يصبح الشخص واعيا بفترات من النساوة او فترات من التغيم فى الاحساس بالوقت .

وقد تناقض كل شخصية الاخرى من حيث الاتجاهات والسلوك وتصور الذات على سبيل المثال العانس الخجول قدتتحول فى الشخصية الأخرى إلى داعرة فاضحة التصرفات .

الأعراض المصاحبة لاضطراب تعدد الشخصية :

قد تتصرف شخصية أو اكثر من الشخصيات بدرجة مقبولة من التكيف ، بينما التغير فى شخصية أخرى قد يكون واضحا لدرجة الاضطراب الوظيفى ، او

لديها اضطراب عقلى محدد مثل اضطراب الوجدان أو القلق وغالبا لايكون واضحا ما إذا كان هذا يمثل اضطرابا مصاحبا أو أنها أعراض مصاحبة لاضطراب تعدد الشخصية فلقد لوحظ من بعض الدراسات أن الشخصيات المختلفة داخل الشخص قد يختلفون فى الصفات الفسيولوجية والاستجابات المختلفة للاختبارات النفسية ، فقد يختلفون فى النظارة الطبية و يستجيبون استجابات مختلفة لنفس العلاج ويختلف مستوى الذكاء فى كل منها ، وقد يقرر واحد أو اكثر من الشخصيات أنه من الجنس المقابل أو من جنسية مختلفة أو فى عمر مختلف أو من عائلة مختلفة وكل شخصية تظهر من التصرفات والسلوكيات مايناسب السن المقرر لها . وقد تقرر شخصية أو اكثر أنها تسمع لواحدة أو اكثر من الشخصيات الأخرى أو أنها تحدثت إليها أو اندمجت معها فى نشاط (يجب تمييز هذه الأصوات والأنشطة من الهلاوس والضلالات) وعادة يكون لكل شخصية اسم مختلف عن الاسم الأصلى وأحيانا يكون الاختلاف فى الاسم الأول والأخير للشخص ، وأحيانا لايكون لواحدة من الشخصيات اسم أو يعطى اسم وظيفته .

بداية ومسار الاضطراب ومآله :

يبدأ اضطراب تعدد الشخصية أحيانا فى الطفولة ، ويميل الاضطراب لأن يصبح مزمناً وعادة لا يمثل المريض للعلاج إلا متأخراً ، وقد تمارس إحدى الشخصيات وظيفتها بصورة مناسبة نسبيا بينما تكون أدوار الشخصيات الأخرى هامشية ، و يتفاوت مستوى الاعاقة من متوسطه إلى شديدة طبقا لعدد الشخصيات ونوعها ، ومن مضاعفاته محاولات الانتحار وتشو يه الذات والعدوان الموجه للآخرين (الذى يشمل إيذاء الأطفال أو الاعتداء والاغتصاب) والادمان .. والشفاء فى هذا الاضطراب لايكتمل بوجه عام .

التشخيص :

لتشخيص اضطراب تعدد الشخصية تشترط المواصفات الآتية :ـــ

١ ـــ وجود شخصيتان أو اكثر داخل الشخص أو حالات الشخصية (على أن تكون كل منها منفصلة ولها عالمها ونمط استقبالها وعلاقاتها وتفكيرها عن نفسها والمحيطين بها) .

٢ ـ ويجب أن تكون كل من الشخصيتين (أو الشخصيات) قد سيطرت و بشكل متكرر على سلوك الشخص .

التشخيص الفارق :

١ ـ النساوة النفسية والشراد النفسى : لا يوجد فيهما الانتقال المتكرر المميز للهو ية وعادة محدود بنو بة قصيرة واحدة .

٢ ـ الاضطرابات الذهانية : التى قد تتشابه مع اضطراب تعدد الشخصية بتقرير الشخص أنه محكوم أو متأثر بآخرين أو سماع أصوات وقد تفسر على أنها ضلالات أو هلاوس (كما فى اضطراب الفصام أو اضطراب الوجدان المصحوب بأعراض ذهانية) .

٣ ـ الاعتقاد أن الشخص مخصوص بخاصية سيطرة روح أو شخص آخر عليه قد يحدث كعرض لاضطراب تعدد الشخصية أو ضلال فى اضطراب ذهانى .

٤ ـ اضطراب الشخصية الحدية : قد تشبهها فى عدم ثبات الوجدان وصورة النفس والسلوك مع الأشخاص الذى قد يميز اضطراب الشخصية الحدية .

٥ ـ التمارض : لايمكن التمييز بينهما دون الاستعانه بملاحظات المحيطين به .

انتشار اضطراب تعدد الشخصية :

لقد أشارت الدراسات الحديثة إلى أن هذا الاضطراب ليس نادرا كما كان يعتقد من قبل ، وأكثر شيوعه فى مرحلة المراهقة المتأخرة ومطلع الشباب و يكثر أيضا لدى الاناث منه لدى الذكور ، و بين أقارب الدرجة الأولى للمضطر بين أكثر من انتشاره بين جماهير الناس بصفة عامة .

الأسباب :

١ ـ عوامل بيولوجية : لوحظ فى دراسة لاضطراب تعدد الشخصية أن (٢٥ ٪) من الحالات لديهم صرع ، وفى دراسة أخرى لوحظ زيادة نشاط الفص الصدغى لقشرة المخ فى صورة زيادة تدفق الدم إليه فى واحدة من الشخصيات الفرعية وليس فى الشخصية الرئيسية .

٢ ــ عوامل نفسية : لوحظ فى عدد من الدراسات أن هناك تاريخ لإيذاء جنسى بصفة خاصة فى نسبة (٨٠٪) من الحالات ، بالاضافة إلى أنواع الإيذاء الأخرى فى الطفولة ، جسمانية ونفسية .

علاج اضطراب تعدد الشخصية :

يعتبر العلاج الناجح لهذه الحالات هو العلاج النفسى الذى يهدف إلى تبصير المريض بصراعاته الداخلية وحاجته النفسية لشخصية أخرى غير شخصيته الأصلية ، وربط ذلك بخبراته السابقة وصدماته النفسية ، ثم تكامل بين الشخصيات للوصول إلى شخصية واحدة .. وكذلك التنويم وعمل جلسات تفريغ تحت تأثير حقن الاميتال يمكن أن يكشف عن صدمات نفسية مكبوته .

الشراد النفسى

Psychogenic Fugue

التعريف والصورة الاكلينيكية :

وفيه يسافر الشخص فجأة وعلى غير توقع إلى مكان بعيد عن البيت أو مكان العمل المعتاد مع اتخاذ هوية جديدة وعدم تذكر هويته السابقة وقد يصاحب ذلك ارتباك واضطراب الاهتداء (Disorientation) ، و بعد شفائه لا يذكر الأحداث التى وقعت خلال فترة الشراد ، وليس لذلك سبب عضوى .

فى بعض الحالات قد يتميز الاضطراب باتخاذ هوية جديدة كاملة أثناء الشراد ، وعادة أكثر اجتماعية من الشخصية السابقة التى تكون عادة هادئة ، وفى مثل هذه الأحوال قد يعطى الشخص نفسه اسما جديدا و يتخذ عنوانا جديدا و ينخرط فى نشاطات اجتماعية معقدة ومتكامله ولا توحى بمرض عقلى أو نفسى .. وفى أغلب الحالات يكون الشراد غير واضح حيث يتكون من سفر قصير و يبدو هادفا ظاهريا ، وتقل الاتصالات الاجتماعية فى هذه الحالات وتكون الهوية الجديدة غير مكتملة ، وأحيانا توجد نوبات من العنف ضد ممتلكات شخص آخر ، ونلاحظ أن كل حالات الشراد يسافر فيها الشخص و يبدو أكثر هادفية فى سلوكه من الجوال المتغيم الذى قد يحدث فى النساوة النفسية .

بداية ومسار الاضطراب ومآله :

يحدث الشراد النفسي فى أى سن وعادة قصير المدة من ساعات إلى أيام ، ولكن قد يظل الشراد لعدة شهور ، وقد يمتد السفر إلى آلاف الأميال والشفاء عادة تلقائى وسريع ، ونادرا مايتكرر حدوثه .. و يسبب الاضطراب اعاقة متفاوته الدرجة طبقاً لطول مدة الشراد وما ينشأ عن ذلك من انهيار علاقاته الاجتماعية ، أوحدوث سلوك عدوانى يترتب عليه إدانة قانونية .

تشخيص الشراد النفسى :

١ ــ السفر المفاجىء وغير المتوقع بعيدا عن البيت ومكان العمل مع عدم قدرته على تذكر ماضيه .

٢ ــ اتخاذ هو ية جديدة كاملة أو جزئية .

٣ ــ ليس سببه اضطراب تعدد الشخصية أو اضطراب عضوى (مثل صرع الفص الصدغى) .

التشخيص الفارق :

١ ــ **اضطراب تعدد الشخصية :** توجد فيه انتقالات مميزة للهو ية متكررة وليس محدودا بنو بة واحدة كما فى الشراد النفسى .

٢ ــ **النساوة النفسية :** فشل مفاجىء فى استدعاء أحداث شخصية هامة تشمل بيانات هو ية الشخص ولكن لا يوجد فيها سفر هادف واتخاذ هو ية جديدة جزئية أو كلية .

٣ ــ **الصرع النفسى الحركى :** الناشىء عن اضطراب وظيفة الفص الصدغى ولا يوجد فيه اتخاذ هو ية جديدة ، ولا يظهر عليه انشراح وجدانى وليس هناك ضاغط يرسب ظهوره .

٤ ــ **التمارض :** يتم تمييزه بواسطة التنو يم أو فى جلسات تفريغ للشحنة النفسية تحت تأثير حقن الأميتال ، برغم أن بعض الناس يستمرون فى الادعاء وهم تحت التنو يم .

انتشار الشراد النفسي :

يعد اضطرابا نادرا ولكنه شائع فى أوقات الحروب والكوارث الطبيعية أو الأزمات الشخصية المصاحبة بصراع داخلى حاد .

الأسباب :

السبب الأساسي فى هذا الاضطراب نفسي ، حيث أن رغبة الشخص الداخلية فى الانسحاب من الخبرات العاطفية المؤلمة .. وهناك بعض أنواع الشخصية المضطربة التى تعد مهيئة لهذا الاضطراب (وهى الشخصيات الحدية وشبه الهستيرية وشبه الفصامية) ، كما أن تعاطى الكحول بكثرة يهيىء لحدوث هذا الاضطراب .

العلاج :

عادة تكفى المساندة والرعاية لمثل هذا المريض حتى يشفى تلقائيا ولكن فى الحالات التى يظل فيها الشراد مدة طويلة يلزم علاج نفسى لتيسير عملية استعادة الذاكرة للهوية السابقة ، ويمكن استخدام التنويم أو حقن الأميتال للمساعدة فى ذلك .

٣ ـ النساوة النفسية

(Psychogenic Amnesia)

التعريف والصورة الاكلينيكية :

و يتميز اضطراب النساوة النفسية بعدم قدرة مفاجئة على استدعاء معلومات شخصية هامة بدون سبب عضوى ، وتحدث النساوة خللا كبيرا لدرجة لا يمكن فهمه فى إطار النسيان الطبيعى ، ودون سفر لمكان آخر واتخاذ هوية جديدة كما فى الشراد النفسي ، وليست النساوة عرضا ضمن اضطراب تعدد الشخصية .

واضطراب النساوة النفسية على أربعة أنواع وهى :ـ

١ ـ نساوة لفترة محددة (Circumscribed amnesia) : وهو أكثر الأنواع شيوعا حيث يحدث فشل فى استدعاء كل الأحداث التى حدثت خلال فترة

معينة من الزمن ، وهى عادة ساعات قليلة تتبع حادثا مزعجا جدا ، مثل شخص نجا من حادث سيارة كان يستقلها مع أسرته بينما هلكت جميع أسرته فى الحادث ، فقد يصبح غير قادر على تذكر ماحدث من وقت الحادث وحتى يومان بعدها .

٢ ــ نساوة انتقائية (Selective amnesia) : حيث يكون الفشل فى الاستدعاء بعض الأحداث التى وقعت خلال فترة معينة من الزمن مع تذكر بعضها .

٣ ــ نساوة كاملة (generalized) : وهى أقل الأنواع انتشارا حيث يفشل الشخص فى استدعاء كل مايتعلق بحياته .

٤ ــ نساوة مستمرة (Continous) : وفيها لا يستطيع الشخص استدعاء الأحداث التالية لوقت معين بما فى دلك الوقت الحاضر .

وخلال نوبة النساوة يكون الارتباك واضطراب الاهتداء والجدال غير الهادف ، وعندما تكون فترة النساوة فى الماضى فإن الشخص عادة يعى اختلال الاستدعاء لديه .. وقد تصاحب النساوة بعدم تمايز تجاه اختلال الذاكرة أو انعصاب التابع لحادثه .

بداية ومسار الاضطراب ومآله :

يلاحظ اضطراب النساوة النفسية فى المراهقة غالبا و بداية الرشد ونادرا مايبدأ فى كبار السن ، و بدايته مفاجئة وكذلك الشفاء منه ولكن مع انتكاسات قليلة ، فى بعض الحالات خاصة إذا وجد مكسب ثانوى فإن الحالة قد تظل لوقت طو يل ، ومن المهم استرجاع الذكريات المفقودة لدائرة الشعور بسرعة ما أمكن وإلا فإن الذكريات المكبوتة سوف تكون نواة فى اللاشعورلانتاج نوبات نساوة مستقبلا .. والاعاقة التى تنشأ عن النساوة متفاوته من الخفيفة إلى الشديدة طبقا لمدة النوبة وأهمية الأحداث المنسية بالنسبة لوظيفة الشخص وعلاقاته الاجتماعية ، ولكن نظرا لأن الشفاء سريع فى أغلب الحالات فإن الاعاقة عادة طفيفه .

تشخيص النساوة النفسية :

١ ـ نوبة مفاجئة من عدم القدرة على الاستدعاء للمعلومات الشخصية الهامة التى لايمكن تفسيرها كنسيان معتاد .

٢ ـ ليس سبب الاضطراب تعدد الشخصية أو سبب عضوى (مثل الغشية خلال الانسمام الكحولى) .

التشخيص الفارق :

١ ـ **اضطراب عقلى عضوى :** و يكون للأحداث القريبة أكثر من الأحداث البعيدة وليس بسبب التعرض لصدمة نفسية ، وتختفى النساوة ببطء شديد إذ حدث تحسن ، وعودة الذاكرة نادر ، علاوة على نقص الانتباه واضطرابات الوجدان التى غالبا ماتكون مصاحبة .

٢ ـ **الانسمام بمادة :** حيث تصاحبه غشيات (blackouts) مع فشل فى استدعاء الأحداث التى وقعت خلال فترة الانسمام ، ولكن تعاطى المادة والفشل فى عودة كاملة للذاكرة يميزه عن النساوة النفسية .

٣ ـ **اضطراب النساوة الكحولية (Alcohol Amnestic Disorder) :**
وتختل فيه الذاكرة القريبة ، وهذا النوع من النساوة لا يحدث فى النساوة النفسية ، بالاضافة إلى تبلد الوجدان والفبركة ونقص الوعى بخلل الذاكرة .

٤ ـ **النساوة التابعة لارتجاج المخ (post concussion Amnesia)** عادة اضطراب الاستدعاء يكون محدودا بفترة (circumscribed) وغالبا النساوة راجعة (retrograde) إلى الوراء شاملة الفترة الزمنية التى سبقت إصابة الرأس . بينما فى النساوة النفسية يكون اضطراب الاستدعاء غالبا متقدم (Antrograde) ويمكن أن نميز النساوة الراجعة التى تتبع إصابة الرأس من الحالات النادرة من النساوة النفسية الراجعة باستخدام التنو يم أو الفحص تحت تأثير حقن الأميتال ، كما أن التحسن الفجائى للذكريات المفقودة يشير إلى الأساس النفسى للاضطراب .

٥ ــ **الصرع :** خلل الذاكره يبدأ فجأة و يصاحبه شذوذات حركية أثناء النوبة وتكرار تخطيط الدماغ الكهربائى يشير إلى شذوذات .

٦ ــ **الذهول الكتاتونى :** فالبكم قد يوحى بنساوة نفسية ولكن فشل الاستدعاء غير موجود ، وعادة توجد الأعراض الكتاتونية مثل التصلب والوضعة والسلبية .

٧ ــ **الادعاء (التمارض) :** يصعب تمييزه من النساوة النفسية . ولكن التنويم وحقن الاميتال قد تغير فى التمييز .

انتشار النساوة النفسية :

تعد النساوة النفسية أكثر الاضطرابات الانشقاقية انتشارا ، و يزداد انتشارها أثناء الكوارث الطبيعية والحروب ، و يكثر انتشاره فى فترة المراهقة ، وخاصة بين الإناث .

الأسباب :

تحدث نوبات النساوة النفسية تلقائياً ، ولكن التاريخ المفصل الدقيق يكشف عن صدمات عاطفية مرسبة مثل الكوارث الطبيعية ، وقد تعمل نزعه (حب أو عدوان) لا يستطيع المريض التعامل معها كعامل مرسب ، وأحيانا تترسب بصدمة خفيفة للرأس لا تحدث تأثيرا فسيولوجيا ، كما يمكن أن ترسبها النوبات المحدثة كهربائيا (E.C.T.) .

ديناميا ينشق وعى المريض (dissociation) كطريقة للتعامل مع الصراع الانفعالى ، و يصاحب ذلك كبت للنزعات المزعجة من دائرة الشعور والانكار حيث يتم تجاهل بعض الواقع من العقل الواعى .

علاج اضطراب النساوة النفسية :

الحقن الوريدى للصوديوم أميتال فى جلسات تفريغ نفسى قد يفيد المريض فى استعادة الذاكرة ، والتنويم قد يفعل نفس الشيء ، وبمجرد رجوع الذاكرة يتم عمل علاج نفسى لمساعدة المريض فى التعامل مع انفعالاته المنشقة .

٤ ــ اضطراب اختلال الإنية

Depersonalization Disorder

التعريف والصورة الاكلينيكية :

يتميز اختلال الإنية بتغير ثابت ومتكرر فى ادراك النفس إلى الحد الذى يفقد الشخص الشعور بواقعيته مؤقتا ، وتوصف من قبل الشخص بشعوره بأنه آلة أو كأنه فى حلم ، أو شعوره بالانسلاخ بعيدا عن جسده وكأنه ينظر لنفسه من بعيد ، أو يصف أنواع مختلفة من الخدر الحسى والاحساس أنه غير مكتمل السيطرة على أفعاله بما فى ذلك كلامه ، فكل هذه المشاعر مناوئه للأنا (ego ــ dystonic) ، رغم محافظة الشخص على علاقته بالواقع وفهمه له ، وهذا التغير تكفى شدته لازعاج الشخص ، وليس سببه اضطراب آخر (مثل الهلع أو رهاب الأماكن المتسعة) ، حيث يمكن أن يكون اختلال الإنية عرضا مصاحبا لاضطراب آخر (وهو تغير فى ادراك النفس حيث يفقد أو يتغير مؤقتا الاحساس المعتاد بالنفس و واقعيتها [١]) .

و يصاحب اختلال الإنية كثيرا باختلال ادراك البيئة (derealization) وهو ادراك الموضوعات (أو العالم المحيط) كأشياء غير مألوفة وغير حقيقية ، حيث يدرك الأشياء متغيرة الشكل أو الحجم أو الناس كموتى أو آلات .. والأعراض الشائعة المصاحبة أيضا تشمل الدوخه والاكتئاب والاجترارات الوسواسية ، والانشغال بأعراض جسديه والقلق أو الخوف من أن يصبح مجنونا ، واختلال الاحساس الذاتى بالوقت ، مع شعور أن الاستدعاء صعب أو بطىء .

بداية ومسار الاضطراب ومآله :

يبدأ عادة الاضطراب فى سن المراهقة أو بداية الرشد ، ونادرا ماتكون البداية بعد سن الأربعين ، وعالبا تكون البداية مفاجئة والمسار مزمنا يتميز بفترات من الهواده والاشتداد ، وأغلب الاشتدادات تحدث عندما يوجد قلق أو اكتئاب ..

---

(١) أحيانا يكون الشعور بتغير نصف الجسم أو أنه غير حقيقى أو غير موجود و يسمى اختلال الإنية النصفى (Hemidepersolization)

وتتفاوت الاعاقة فقد تكون ضئيلة أو شديدة ، وقد تتفاقم الحالة بوجود الأعراض المصاحبة مثل القلق أو الخوف من الجنون .. ومن مضاعفات اختلال الإنية توهم المرض أو الادمان .

التشخيص :

١ ــ الشعور الثابت أو المتكرر باختلال الإنية من خلال (أ) أو (ب) :

أ ــ الشعور أنه منسلخ عن نفسه و يلاحظها من بعيد سواء عملياتها العقلية أو جسده .

ب ــ الشعور أنه كالآلة أو كأنه فى حلم .

٢ ــ وخلال خبرة اختلال الإنية يظل فهم الواقع والتصرف على أساسه .

٣ ــ هذا الاختلال فى الإنية يكفى لان يسبب ازعاجا ملحوظا .

٤ ــ ليس اختلال الإنية عرضا لاضطراب آخر (مثل الفصام والهلع ورهاب الأماكن المتسعة وصرع الفص الصدغى) .

التشخيص الفارق :

يحدث اختلال الإنية كعرض فى اضطراب الفصام واضطراب الوجدان والاضطراب العقلى العضوى (خاصة لزمة الانسمام أو الانسحاب) والقلق واضطرابات الشخصية والصرع .

انتشار اضطراب الإنية :

تعتبر ظاهرة اختلال الإنية شائعة جدا وليست بالضرورة أن تكون مرضية فغالبا ماتكون خبرة منفصلة يمر بها الشخص ، فلقد أشارت الدراسات إلى أن من يمرون باختلال الإنية العابر يصلون إلى (٧٠٪) فى مجتمع ما ، و يستوى فيه الذكور والإناث ، و يكثر حدوثها فى الطفولة خلال نمو الوعى بالذات ، وكذلك لدى البالغين عندما يسافرون إلى أماكن جديدة وغريبة عنهم .. أما معدل انتشار اختلال الإنية المرضى فغير معروف لقلة الدراسات فى هذا المجال ، وإن كانت تشير هذه الدراسات القليلة إلى زيادة حدوثه بين الإناث عنه بين الذكور.

الأسباب

١ ــ **عوامل بيولوجية :** لقد ارتبط حدوث اختلال الإنية بالصرع وأورام المخ و بتعاطى العقاقير ذات التأثير النفسى ، مما أكد أن له أسبابا بيولوجية ، ومنها أسباب أخرى جهازية مثل اضطراب وظيفة الغدة الدرقية والبنكرياس .

٢ ــ **عوامل نفسية :** حيث يحدث فى حالات القلق والاكتئاب والتعرض للضغوط النفسية والصدمات العاطفية وفى تجارب الحرمان الحسى .

علاج اضطراب اختلال الإنية :

ليست هناك عقاقير تمت تجربتها مع هذا الاضطراب وإن كان القلق المصاحب له يتحسن بمضادات القلق ، وكذلك التحليل النفسى أو العلاج النفسى التبصيرى يفيد فى هذه الحالات ، ولكن إذا كان اختلال الإنية مصاحبا لاضطراب آخر فإنه يتحسن بعلاج الاضطراب المسئول عنه .

الاضطراب الانشقاقى غير المصنف فى مكان آخر

(Dissociative Disorder Not Otherwise Specified)

وهذه هى المجموعة المتبقية من الاضطرابات التى تكون السمة البارزة فيها الانشقاق كعرض (بمعنى اختلال أو تغير فى التكامل المعتاد لوظائف الهوية أو الذاكرة أو الوعى) ولاتتفق مواصفاتها مع أى من اضطرابات الانشقاق المحددة النوع (أى المصنفة) . وتشمل هذه المجموعة ما يلى :

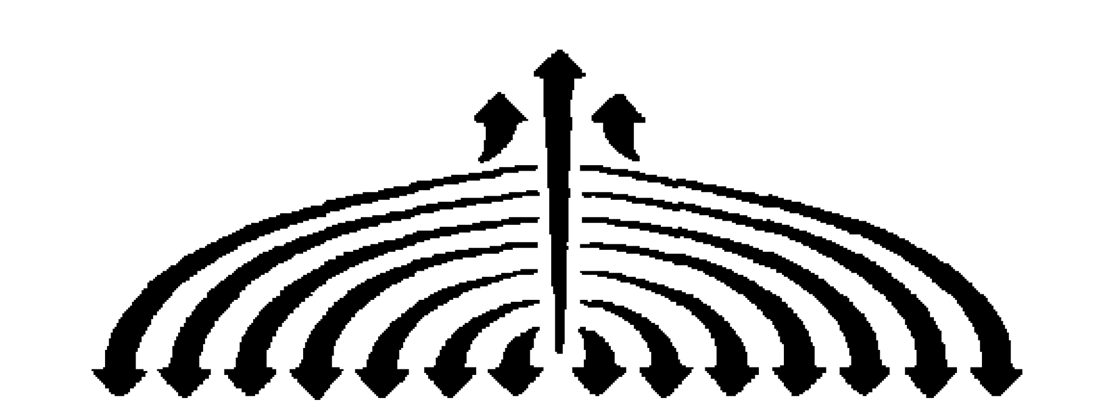
١ ــ متلازمة جانسر (.Ganser's Synd) : وفيه يعطى المريض إجابات تقريبية للأسئلة ، و يشيع فيها ارتباطه بأعراض أخرى مثل النساوة واضطراب الاهتداء والادراك والشراد بالاضافة إلى مايصاحبه من أعراض تحوليه .. وتكثر هذه المتلازمة بين الرجال المسجونين .. والشفاء من هذا الاضطراب يكون فجائى .

٢ ــ اضطراب الشخصية المتعدد (Variants of Multiple personality Disorder) حيث يوجد أكثر من حالة شخصية تسيطر على الفرد وتسبب اضطراب ولكن لاتكفى لتشخيص اضطراب تعدد الشخصية .

٣ــ حـالات الـغـيـبـة (Trance States) : وفـيـهـا يتغير الوعى مع نقص الاستجابة للـمـثـيـرات الـبـيئية ، و يكثر حدوث هذا الاضطراب لدى الأطفال بعد إيذاء بدنى أو نفسى .

٤ ــ حالات اختلال ادراك البيئة غير المصحوب باختلال الإنية .

٥ ــ الـحـالات الانـشـقـاقـيـة الـتى قد تحدث للناس الذين تعرضوا فترات طو يلة لـلاضـطـهـاد الـشـديـد والـتعذيب مثل غسيل المخ ووضع أفكار بديله لهم مثل مايحدث فى بعض حالات أسرى الـحروب .



الفصل التاسع

مقدمــة :

١ ــ شاب فى الثلاثين من عمره متزوج حديثاً (من أسبوعين) حضر يشكو من فشله فى ايلاج القضيب أثناء الجماع رغم محاولاته المتكررة ، ولم يسبق له ممارسات جنسية خلال حياته السابقة ولكنه كان يمارس العادة السرية أحياناً . وحتى أمس كان يحدث له انتصاب فى الصباح الباكر أثناء النوم ، ولم يكشف فحصه سوى عن بعض علامات الاكتئاب البسيطة والتى لم تكن موجودة قبل ظهور هذه المشكلة .

٢ ــ رجل فى الأربعين من عمره متزوج من سبعة أعوام يشكو من سرعة القذف التى طرأت عليه منذ عام ، رغم أن الانتصاب فى بداية الجماع يكون طبيعياً ، و يشعر بتفاقم هذه المشكلة بمرور الوقت ، وكشف فحصه النفسى عن توتر وقلق .

٣ ــ رجل فى الثامنة والثلاثين من عمره جاء يشكو من زوجته التى تزوجها منذ عام فقط ، حيث تضع له عصا غليظة بجوار الفراش قبل ممارسة الجنس ثم تستفزه بكلماتها فإذا ضربها استمرت فى استفزازه حتى يؤلم جسدها الضرب انطلقت تمارس معه الجنس بشهوة واستمتاع ، وإذا حدث ولم يضربها فإنها تكون باردة غير مستمتعة .

هذه أمثلة لحالات أكلينيكية سوف نعرض لها فى هدا الفصل .. هل يمكنك بعد قراءتها مرة ثانية أن تضع أهدافاً تعليمية تبغى معرفتها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟

الوظيفة الجنسية واضطراباتها

أولاً ــ الوظيفة الجنسية

تعد الوظيفة الجنسية لدى الإنسان هى المسئولة عن حفظ النوع الإنسانى ، فعن طريق الالتقاء الجنسى بين رجل وامرأة ، ينتقل السائل الذى يقذف من الرجل والذى يحمل الحيوانات المنوية إلى الجهاز التناسلى للأنثى حيث يخترق حيوان منوى البويضة فيخصبها ، ثم تزرع فى جدار الرحم وتتغذى من بطانته الداخلية (المشيمة) ، وتتكاثر هذه البويضة المخصبة مكونة كتلة من الخلايا لا تلبث اأن تتميز إلى أجهزة مكونة الجنين ، الذى يولد طفلاً بعد تسعة أشهر قمرية (٢٨٠ يوماً) .. و بعد ولادة الطفل يلاحظ أن له أعضاء جنسية خارجية تميزه إلى جنس الذكور أو جنس الإناث ، وطبقاً لهذه الأعضاء الجنسية الخارجية واتجاهات الوالدين فى تربية الطفل والاتجاهات الثقافية المحيطة ، بالإضافة إلى التأثير الجينى ، تتكون هوية الشخص الجنسية (gender identity) حيث يشعر برجولته أو أنوثته وهى التى يتولد منها الدور الجنسى (Gender role) وهو ما يأتيه الفرد من سلوك آخذاً فى الاعتبار ذكورته أو أنوثته ، ودور الفرد كواحد من جنس الذكور أو من جنس الإناث لا يستقر بعد ولادته مباشرة ، ولكنه يبنى بتراكم الخبرات ومن الممكن أن يكون الدور الجنسى مناقضاً للهوية الجنسية ، فقد يتوحد الشخص مع جنسه ولكنه يتخذ من ملابس وشكل الشعر والصفات الأخرى للجنس المقابل سلوكاً له ، وقد يتوحد مع الجنس المقابل برغم أنه يلتزم بالسلوكيات المميزة لنفس جنسه .

والجهاز التناسلى لدى الذكر يتكون من الخصيتين (Testes) اللتان تتدليان فى كيس الصفن (Scrotum) بين الفخذين ، وتصنع الخصيتان الحيوانات المنوية (Sperms) وتفرز هرمون الذكورة (testosterone) وتتجمع الحيوانات المنوية فى القنوات المنوية التى تتجمع بدورها فيما يسمى بالبربخ (Epididymes) وهو عبارة عن قناة طولها ستة أمتار تلتف حول نفسها فتصبح سنتيمترات قليلة ، و يرقد أعلى الخصية إلى الخلف و يليه الحبل المنوى

(spermatic cord) الذى يلتقى بقناة الحويصلة المنوية (وهما غدتان تفرزان سائلاً مغذياً للحيوانات المنوية وتقعان خلف المثانة ليكونا القناة القاذفة (ejaculatory duct) التى تفتح على سطح البروستاتا (prostate) (وهى غدة تقع عند عنق المثانة وخلفها المستقيم وتفرز سائل مغذى للحيوانات المنوية) ، حيث تبدأ قناة الإحليل (urethra) من المثانة البولية إلى طرف القضيب (penis) .. والقضيب عبارة عن جزء بارز فوق الخصيتين أسفل البطن أسطوانى الشكل ، يتكون من اسطوانتين ظهريتين من النسيج الكهفى واسطوانة بطنية تحمل فى ثناياها قناة الإحليل ، و باندفاع الدم إلى هذا النسيج الكهفى يتمدد القضيب ويحدث الانتصاب (erection) .

و يتكون الجهاز التناسلى لدى الأنثى من المبيضين اللذان يقعان على الجانبين فى الحوض أسفل البطن و يفرزان البو يضات إلى قناتى فلوب المؤديتين إلى الرحم ، الذى يقع داخل الحوض و يشبه الكمثرى وعنقه إلى أسفل حيث يفتح فى المهبل (vagina) .. والمهبل عبارة عن ممر ضيق يتسع لمرور القضيب أثناء الجماع (أو لمرور الطفل فى حالة الولادة الطبيعية) ، ويحيط بالمهبل من الخارج أجزاء الفرج ، وهى عبارة عن الشفرين الكبيرين والشفرين الصغيرين والبظر وفوهة مجرى البول ودهليز الفرج الذى يقود إلى مدخل المهبل .. وفى الفتاة البكر يوجد داخل ممر المهبل غشاء رقيق جداً يسمى غشاء البكارة .

ورغم وجود هذه الأجزاء المكونة للجهاز التناسلى لدى الطفل ذكراً كان أو أنثى ، إلا أنها لا تنضج فسيولوجياً لأداء وظيفتها إلا عند البلوغ حيث تنضج الخصية لدى الذكر وتصبح قادرة على إنتاج الحيوانات المنوية (و يظهر ذلك فى علامة القذف) ، وافراز هرمون التستوستيرون الذى يحدث التغيرات الثانوية المصاحبة لعملية البلوغ ، وهى ظهور شعر فى كل الجسم وخاصة منطقة العانه وتحت الإبطين والشارب واللحية ، وغلظ الصوت وكبر حجم العضلات فيأخذ شكل الجسم المظهر المميز للرجال وزيادة حجم الأعضاء التناسلية .. وكذلك عندما ينضج المبيضان لدى الأنثى و يصبحان قادران على إفراز بو يضات وهرمونات الأنوثة (الاستروجين والبروجستيرون) ، وأحدهما وهو الاستروجين يشكل جسم الأنثى حيث يبرز النهدان وتترسب الدهون تحت الجلد فتستدير

الأرداف و يصبح الجسم أنثوى التكوين ، أما الهرمون الثانى وهو البروجستيرون فيهيىء الرحم لاستقبال البويضة التى تتخصب بواسطة الحيوان المنوى عبر مرورها فى قناة فلوب لكى تزرع فى جدار الرحم وتنبت الجنين ، هذا إذا خصبت البويضة ، أما إذا لم تخصب فإنها تمر إلى الرحم وتنهار استعدادات بطانة الرحم من أنسجة وشعيرات دموية فى صورة دم يمر من عنق الرحم إلى المهبل فالفرج فيما يعرف بدم المحيض الشهرى ، وهى العلامة الأساسية لبلوغ الأنثى .

السلوك الجنسى :

١ ـ العادة السرية (Masturbation) : كشف دراسات (كينزى) (Kinsey) أن كل الرجال تقريباً وثلاثة أرباع الإناث مارسو العادة السرية بعض الوقت فى حياتهم ، وهى ملامسة الأعضاء التناسلية بقصد الشعور باللذة سواء صاحبها هذه الذروة لدى الأنثى أو صاحبها هذه الذروة المصحوبة بالقذف لدى الرجال ، أو لم تصاحبها أى من الهزة أو القذف كما فى حالة الأطفال .

٢ ـ الاستجابة الجنسية الطبيعية : وتمر الاستجابة الجنسية الطبيعية بخمس مراحل هى :

أ ـ **مرحلة الرغبة :** وتشمل خيالات حول النشاط الجنسى وما يرتبط بالرغبة من أفكار ومشاعر .

ب ـ **مرحلة الإثارة (Excitement) :** وتتميز ببدء الشعور بالانتصاب وحدوث الانتصاب لدى الرجل وترطيب المهبل لدى الأنثى مع التفاعلات الجسدية العامة المصاحبة للتوتر الجنسى (من زيادة ضغط الدم وضربات القلب وعمق التنفس) ، و يصاحب انتصاب القضيب لدى الرجل زيادة سمك كيس الصفن مع تفلطحه وارتفاع الخصيتان لقصر الحبل المنوى .. وإثارة الأنثى تتميز باحتقان الجهاز التناسلى و يترطب المهبل نتيجة لاحتقان أنسجته التى ترشح سائلاً مرطباً ، و يكون ذلك خلال (١٠ ـ ٣٠ ثانية) من بدء

الإثارة الجنسية ، مع درجة خفيفة من احتقان البظر الذى يصبح منتصباً لدى بعض الإناث ، وخلال الإثارة أيضاً يبدأ الرحم فى التضخم بسبب الاحتقان و يبدأ فى الابتعاد عن أرضية الحوض ، و يأخذ المهبل فى الاتساع لمناسبة حجم القضيب ، و يصاحب ذلك انتصاب حلمتى الثدى .

جـ - **مرحلة استقرار الإثارة (plateaue)** : وهى مرحلة متقدمة من الإثارة وتسبق الذروة (هزة الجماع) (orgasm) مباشرة وفيها يصل الاحتقان فى الأعضاء الجنسية إلى قمته ، فالقضيب يمتلىء و يتمدد بالدم إلى أقصى حجم له و يكون الانتصاب فى قمة شدته والخصيتان تمتلئان بالدم وتتضخمان إلى ضعف حجميهما الأصلى وتنقبض العضلات المشمرة (Cremasteric) وترفع الأحبال المنوية الخصيتين إلى أقصى ارتفاع ممكن ، و يظهر افراز شفاف من فوهة القضيب مفرزاً من غدة كوبر .. و يصل الاحتقان قمته أيضاً فى جهاز الأنثى التناسلى فيتلون الشفرين الصغيرين ليعطى الفرج اللون الوردى (Sex skin) مع تضييق مدخل المهبل وثلثه الخارجى (orgasmic platform) و يكمل الرحم انتصابه ، وقبل الذروة مباشرة يتحول البظر إلى أعلى و ينكمش فى وضع مسطح خلف العظام الأمامية للحوض .

د - **مرحلة الذروة الجنسية (هزة الجماع) (orgasm)** : وهى أكثر لحظات الشعور باللذة فى العملية الجنسية ، فلدى الرجل يتدفق المنى خارجاً من القضيب المنتصب فى شكل دفقات (٣-٧) بمعدل واحدة كل ٨ ثوان ، وتتكون ذروة الرجل من جزئين ، أولهما : انقباضات الأعضاء الداخلية للحوض وإشارات الإحساس بالقذف المحتم .. وثانيهما : الانقباضات الإيقاعية لقناة الإحليل القضيبية وعضلات قاعدة القضيب وعضلات العجان و يشعر الرجل عندئذ بقمة اللذة الجنسية و يدخل القضيب فى فترة عصيان لأى إثارة جنسية (refractory period) أما ذروة اللذة

الـجنسية للأنثى فتتكون من الانقباضات الإيقاعية (كل ٨ ثوان) للعضلات المبطنة للمهبل وعضلات العجان والأنسجة المتورمة فى الفرج (Orgasmic platform) .

هـ ـ **مرحلة الانحلال (Resolution)** وهى المرحلة النهائية للاستجابة الـجنسية حيث تعود كل التغيرات إلى طبيعتها و يصاحبها الشعور بالاسترخاء والراحة ، ففى الرجل يقل حجم القضيب وتتدلى الخصيتان إلى وضعهما المعتاد ، وفى الأنثى يعود المهبل إلى حالته خلال فترة (١٠ ـ ١٥) دقيقة بعد الذروة ، وخلال نفس الفترة يكمل الرحم عودته من وضعه المنتصب إلى داخل الحوض هابطاً .

وهناك مراكز عصبية مسئولة عن الوظيفة الجنسية فى العجز تنبت ألیافاً عصبية من المناطق (٢ ، ٣ ، ٤) ، وتصل الألياف إلى جدران الأوعية الدموية فتتحكم فى اتساعها وتحدث الإثارة الجنسية والمركز العجزى هذا يبدو أنه يتوسط فى الإثارة الجنسية كاستجابة لإثارة مباشرة باللمس للأعضاء التناسلية ، بينما توجد مراكز عليا تحدث الإثارة أساساً بواسطة الإثارة النفسية وتوجد هذه المراكز فى الدماغ الأوسط وأماماكن متفرقة من القشرة الانفعالية (Limbic Cortex) .

الاضطرابات الجنسية
(Sexual Disorders)

تقسم الاضطرابات الجنسية إلى مجموعتين :

١ ـ الشذوذات الجنسية (paraphilias) : وتتميز بالإثارة كاستجابة لموضوعات جنسية أو مواقف ليست جزءاً من الأنماط المثيرة المعتادة والتى قد تتداخل بدرجات مختلفة مع الوظيفة الجنسية .

٢ ـ اختلال الوظيفة الجنسية : (Sexual Dysfunctions) : وتتميز بتثبيطات الاستجابة الجنسية .

وهناك مجموعة متبقية هى الاضطرابات الجنسية غير المصنفة فى مكان آخر.

١ ـ الشذوذات الجنسية (انحرافات السلوك الجنسى)
(Paraphilias or Sexual Deviations)

و يتميز هذا الاضطراب بتكرار الإثارة الجنسية الشديدة وإثارة الخيالات المثيرة جنسياً ، كاستجابة لموضوعات جنسية أو مواقف ليست جزءاً من الأنماط المثيرة المعتادة ، والتى قد تتداخل بدرجات مختلفة مع الوظيفة الجنسية وتشمل بصفة عامة ما يلى :

١ ـ تفضيل استخدام الأشياء غير الآدمية .
٢ ـ معاناة النفس أو الشريك .
٣ ـ الأطفال أو الأشخاص غير الموافقين .

وقد تكون المثيرات الشاذة (أو الخيالات) دائماً هامة للإثارة ودائماً موجودة ضمن النشاط الجنسى ، وقد يفضل وجودها فى نوبات كفترات التوتر مثلاً ، وخلال أوقات أخرى يكون الشخص قادراً على أداء الوظيفة الجنسية دون خيالات أو مثيرات شاذة .. وتشمل الشذوذات الجنسية ما يلى :

١ ـ الاستعرائية (Exhibitionism) .
٢ ـ التوثين (الفيتيشية) (Fetishism) .
٣ ـ التحكك (Frotteurism) .
٤ ـ الولع بالأطفال (الشذوذ المرتبط بالأطفال) (Pedophilia) .
٥ ـ المازوخية الجنسية (Sexual masochism) .
٦ ـ السادية الجنسية (Sexual sadism) .
٧ ـ التوثين منحرف الملبس (Transvestic Fetishism) .
٨ ـ التبصص (Voyeurism) .
٩ ـ الشذوذ غير المصنف فى مكان آخر (Parahilia Not Othersiwe Specified) .

وعادة يكون لدى الشخص شذوذات من ثلاثة إلى أربعة من الشذوذات المختلفة كما يكون لديهم اضطرابات عقلية أخرى مثل الادمان ،٠ اضطرابات الشخصية المختلفة .

ومن الأعراض المصاحبة أن يختار الشخص وظيفة تجعله فى احتكاك بالمثير المرغوب ، مثل بيع أحذية السيدات أو العمل مع الأطفال أو قيادة سيارة إسعاف فى حالة السادية ، وقد يجمع صور أو أفلام الموضوع الخاص به (المثير الشاذ) .. و بعضهم يلجأ للداعرات للحصول على إثارة شاذة ، أو ينفذون خيالا تهم مع ضحايا بالرغم منهم .

الإعاقة والمضاعفات :

وكثيرون من الشاذين جنسياً (المصابين بهذا الاضطراب) لا يعانون ولكن المشكلة تكمن فى تفاعل الآخرين تجاه سلوكهم ، و بعضهم يشعرون بالذنب والخجل والاكتئاب عند الاندماج فى نشاط جنسى غير معتاد (أو غير مقبول اجتماعياً) وتزداد معاناة الشخص عندما يصبح شريكه واعياً أن سلوكه الجنسى غير معتاد ، أو إذا رفض شريكه الاندماج معه فى السلوك الجنسى ، عندئذ قد تثبط الإثارة الجنسية .. وفى بعض الشذوذات الجنسية قد يصاب الشخص جسمانياً كما فى حالة المازوخية ، وقد يقبض عليه بواسطة البوليس ، كما فى حالة الاعتداء على الأطفال أو التبصص والاستعرائية والتحكك والسادية الجنسية .

انتشار الشذوذات الجنسية :

تعد الشذوذات الجنسية شائعة الانتشار ولكن نادراً ما يمثلون للتشخيص والعلاج وتكثر بين الذكور عنها بين الإناث بنسبة (٢٠ : ١) و يصل السلوك الشاذ جنسياً إلى قمته بين الخامسة عشرة والخامسة والعشرين من العمر .

الأسباب :

١ ــ عوامل بيولوجية :

لوحظ وجود مشاهدات تشير إلى اضطرابات عضوية لدى ذوى السلوك الجنسى الشاذ ، وذلك من خلال فحص حالات الذين حولوا إلى مراكز طبية ، حيث وجد أن معدل الهرمونات غير طبيعى لدى (٧٤٪) ، و وجود

علامات اختلال عصبى دقيق لدى (٢٧٪) وشذوذ الجينات الوراثية (٢٤٪).. ولكن يظل تساؤل هو هل هذه المشاهدات سبب حدوث هذه الشذوذات الجنسية أم أنها مجرد شذوذات مصاحبة وجدت بمحض الصدفه ؟.. وهذا السؤال مازال قيد البحث.

٢ ـ عوامل نفسية واجتماعية :

تعتبر المدرسة التحليلية أن السلوك الشاذ جنسياً يعد فشلاً فى اكتمال النمو النفسى الطبيعى فى الانتقال إلى الغيرية الجنسية (أى الجنس الآخر)، فالفشل فى حل الصراع الأوديبى بالتوحد مع الأب من نفس الجنس ينتج إما توحداً مع جنس الأب من الجنس المقابل أو اختيار موضوع لإفراغ الطاقة الجنسية فيه. فالجنسية المثلية واضطراب تحول الزى، واضطراب تحول الجنس تعتبر توحدات مع الجنس المقابل، أما الاستعرائية والتبصص فإنها تعد تعبيرات عن التوحد الأنثوى، حيث أن الشاذ يحب دائماً تفحص أعضائه الجنسية وأعضاء غيره ليهدىء من قلقه المرتبط بالخصاء.

وهناك مدارس أخرى تعزى الشذوذ الجنسى إلى الخبرات المبكرة التى تعود الطفل مزاولة هذا السلوك الشاذ جنسياً، مثل محاكاته لآخر أو ممارسته مع آخر خلال طفولة.

الأنواع طبقاً لشدة السلوك الجنسى الشاذ :

١ ـ الخفيف : حيث يكون الشخص مكروب من تكرار النزعات الشاذة دون أن يمارسها.

٢ ـ المتوسط : وهو الذى يمارس أحياناً نزعاته الشاذة.

٣ ـ الشديد : حيث تتكرر النزعات كثيراً وتصاحبها الممارسة للسلوك الشاذ.

١ ـ الاستعرائية Exhibitionism

وتتميز بتكرار نزعات جنسية شديدة تثير الخيال مدتها ستة شهور وتشمل تعرية (استعراض) العضو التناسلي للغرباء، وهو إما يمارسها مكروب منها، وأحياناً يستمنى المضطرب خلال عرض عضوه الجنسي (أو يتخيل انه يعرض عضوه للآخرين) .. لا يكون في هذا الاضطراب محاولة ممارسة الجنس مع المعروض له، ولذا فهو لا يؤذي ضحيته، بعضهم يكون واعياً برغبته في إدهاش الآخر (الملاحظ)، والبعض الآخر يتخيل أن الشخص المشاهد سوف يثار جنسياً، و يبدو أنها (الاستعرائية) تحدث للذكور فقط والضحايا غالباً من النساء أو الأطفال .

وتعنى الاستعرائية أن الشخص يؤكد رجولته بعرض قضيبه وملاحظة تفاعل الضحية من خوف أو اندهاش أو قرف، وعلى مستوى اللاشعور تعنى أن هذا الرجل يشعر بالخصاء والعجز الجنسي، وزوجات الاستعرائيين غالباً بديلاً للأم التي كان يرتبط بها الطفل بشدة خلال طفولته .

و يبدأ اضطراب الاستعرائية عادة قبل سن الثامنة عشرة أو بعده بقليل وقليل من الحالات يبدأ بعد سن الأربعين .

التشخيص : تشخص الاستعرائية بوجود :

١ ـ حفزات جنسية شديدة ومتكررة ومصاحبة بخيالات مثيرة جنسياً من خلال عرض (تعرية) الشخص لأعضائه التناسلية لشخص غريب دون اشتباه في أنه غريب، على مدى ستة شهور على الأقل .

٢ ـ والشخص إما أن يمارس هذه الحفزات أو أنه مكروب منها .

التشخيص الفارق :

١ ـ التعرى في حالات الولع بالأطفال قد يكون جزءاً من الممارسة مع الطفل .

٢ ـ التبول في مكان عام : يعطى الفرصة أحياناً لمن لديه ميول استعرائية .

٣ ـ بعض حالات الذهان : مثل الهوس أو الخرف أو اضطراب الشخصية العضوى .

٢ ــ التوثين (الفيتشية) Fetishism

وهو تكرار استخدام أشياء ليست بها حياة للحصول على إثارة جنسية إلا إذا كان الشيء مخصصاً للإثارة الجنسية مثل ملابس النساء أو الهزاز[١] (Vibrator) ، مثل متعلقات النساء من الأحذية أو الجوارب ، وقد يشمل النشاط الجنسي الوثن وحده كما فى حالة ممارسة الاستمناء ، أو يدمج الوثن فى ممارسة جنسية بأن يطلب من شريكه ارتداء شيء معين ، فالوثن عادة يلزم بشدة للإثارة الجنسية ، وغيابه قد يسبب فشل جنسي لدى الذكور.

و يبدأ هذا الاضطراب من الطفولة و يصبح مزمناً ، وعادة يحدث للذكور.. ولدى الإناث قد يكون هوس السرقة (Kleptomania) محدثاً لإثارة جنسية وهنا يكون الوثن رمزاً للقضيب .

تشخيص التوثين :

١ ــ وجود حفزات جنسية شديدة ومتكررة وخيالات مثيرة تحوى استخدام أشياء ليست بها حياة .

٢ ــ والشخص يمارس هذه الحفزات أو أنه مكروب منها .

٣ ــ ليست الأوثان ملابس نساء أو أغراض معدة للإثارة الجنسية مثل الهزاز.

٣ ــ التحكك Frotteurism

يتميز هذا الاضطراب بحك الذكر قضيبه فى جسد الأنثى المرتدية لكامل ثيابها للحصول على اللذة الجنسية ، وعادة يحدث ذلك فى الأماكن المزدحمة (مثل الأتوبيسات) ، والمتحكك عادة شخص سلبى منعزل وغالباً يكون التحكك هو مصدره الوحيد للحصول على اللذة ، أما الضحية فيتم اختياره على

---

(١) الهزاز : جهاز يستخدم لاحداث انتصاب القضيب .

أساس الجاذبية الجنسية ، و يكون التحكك فى فخذ الضحية أو مقعدته مع تخيل علاقة جنسية معه ، وقد لا يعترض الضحية لعدم تصوره أن هذا فعل جنسى فى مكان عام .

وعادة يبدأ اضطراب التحكك فى سن المراهقة، و يقل بعد سن الخامسة والعشرين .

تشخيص اضطراب التحكك :

١ ــ وجود حفزات جنسية متكررة ومصاحبة بخيالات جنسية مثيرة من خلال التحكك وملامسة قضيب الشخص فى جسد شخص آخر دون موافقته ، و يستمر لمدة ستة شهور .

٢ ــ ويمارس الشخص هذا السلوك الجنسى الشاذ أو يسبب له ازعاج .

التشخيص الفارق :

١ ــ الإثارة الجنسية الطبيعية : ولكن فيها موافقة الشريك .

٢ ــ التخلف العقلى أو الفصام : وفيهما نقص فى الحكم على الأمور وفى المهارات الاجتماعية أو التحكم فى النزعات وهو لا يحاول التهرب بعد ملامسة الضحية .

٤ ــ الولع بالأطفال (الشذوذ الجنسى المرتبط بالأطفال)
(Pedophilia)

ويميز هذا الاضطراب وجود حفزات جنسية شديدة أو خيالات ، مثيرة جنسية مرتبطة بالأطفال غير البالغين الذين تقل أعمارهم عن ثلاث عشرة سنة ، وتتكرر مدة لا تقل عن ستة شهور للمضطرب الذى لا يقل عمره عن ستة عشر عاماً ، ولا يقل فارق السن بين المضطرب والضحية عن خمس سنوات .

و يولع المضطربون بالأطفال من الجنس المقابل أكثر من ميلهم للأطفال من نفس الجنس ، و يفضلونهم بين الثامنة والعاشرة من العمر ، وفى بعض الحالات تكون الإثارة أياً كان جنس الطفل .. و بعض المضطربين يولع بالأطفال فقط (exclusive Type) و بعضهم يولع بالكبار أيضاً بالإضافة لولعه بالأطفال (non – exclusive) .

بعض المولعين بالأطفال قد تتحدد ممارسته للشذوذ بتعرية الطفل والنظر إليه مستمنياً فى وجوده ، أو ملامسة الطفل وتقبيله ، بينما بعضهم يلعق أعضاء الطفل التناسلية أو يخترق مهبل الطفلة (أو فتحة شرج الصبى) باصبعه أو بالقضيب .. وقد يحدد الشخص ممارسته لأطفاله هو أو أطفال زوجته أو أقاربه أو ضحايا من خارج أسرته ، و بعضهم يهدد الطفل بفضح أمره ، وآخرون يحتالون للوصول إلى الطفل حتى بالزواج من الأم وكسب ثقتها .. وفيما عدا حالات السادية يكون المضطرب كريماً وملفت لانتباه الطفل و يلبى له حاجته فى كل ما يطلبه ، وذلك لكسب ود الطفل واهتمامه وطاعته ومنعه من الكشف عما يحدث من ممارسة للآخرين .

بداية الاضطراب ومساره :

يبدأ هذا الاضطراب فى المراهقة وأحياناً عند منتصف العمر ، و يصبح مزمناً خاصة فيمن يولعون بالأطفال الذكور ، وعادة يسير الاضطراب فى موجات اشتدادية مرتبطة بالضغوط الاجتماعية .

تشخيص اضطراب الولع بالأطفال :

١ ــ تكرار حفزات جنسية لممارسة أو تخيل مثير جنسياً يكون موضوعه طفل قبل البلوغ (أقل من ١٣ سنة) ، واستمر ذلك ما لا يقل عن ستة شهور .

٢ ــ ويمارس الشخص هذه الحفزات أو يصبح مكروباً من جرائها .

٣ ــ لا يقل سن الشخص المولع بالأطفال عن ستة عشر عاماً ويجب أن يزيد عمره خمسة أعوام عن عمر الضحية (الطفل) .

التشخيص الفارق :

١ ــ التخلف العقلى ولزمة اضطراب الشخصية العضوى والتسمم الكحولى والفصام وهى تتميز جميعها بنقص قدرة الحكم على الأمور ونقص المهارات الاجتماعية وعدم ضبط النزعات وعادة يكون الفعل الجنسى مع الطفل مرة واحدة وهى ليست الطريقة المفضلة للحصول على المتعة الجنسية .

٢ ــ الاستعرائية : التعرى أمام طفل دون فعل جنسى .

٣ ــ السادية الجنسية : قد تصاحب الولع بالأطفال .

٥ ــ المازوخية الجنسية (١)
(Sexual Masochism)

تتميز المازوخية الجنسية بتكرار الحصول على الإثارة الجنسية من خلال إيذاء يقع عليه (من إهانة أو ضرب) أو من خلال مشاركة فى نشاط يهدد حياته أو يحقق له إيذاء بدنى ، وتظل الممارسة أو المعاناة منها فترة ستة شهور .

بعض المازوخين يتخيل أثناء الممارسة الجنسية أو الاستمناء (مثل الاغتصاب أو أنه قيد لدرجة لا يستطيع الهروب) ، و بعضهم يمارسون خيالا تهم المازوخية بربط أنفسهم أو صعق أنفسهم أو تشو يهها أو مع شريك .. وتشمل الأفعال المازوخية الاجهاد الجسمى ، وتقييد الحركة ، وتغطية الوجه والصفع على الوجه (الضرب) ، والصعق بالكهرباء ، والوخز بدبوس ، والإيذاء بالألفاظ .. وأحياناً تكون رغبة المازوخى فى أن يعامل كطفل عاجز .

وهناك أنواع خطيرة من المازوخية يكون الإيذاء فيها بنقص الاكسجين (hypoxyphilia) وذلك بأن يضع الشخص كمامة على أنفه وأحياناً بالضغط على الصدر ، ولكنه يعطى نفسه فرصة للهروب من الاختناق قبل فقد الوعى ، وقد

---

(١) أخذ اسمها من (ليو بولدمازوخ) (Leopold Masoch) الروائى الاسترالى الذى عاش فى القرن التاسع عشر وتميزت شخصيات رواياته بالحصول على المتعة الجنسية من خلال الايذاء الواقع عليهن .

يفعل هذا مع شريك أو منفرد، وقد يحدث الموت لخطأ فى خنق النفس، وتسجل البيانات فى أمريكا وانجلترا واستراليا وكندا أنه يوجد (١ ــ ٢) من مثل هذه الوفيات تحدث فى كل مليون مواطن تحدث كل عام .

وبعض الرجال ذوى المازوخية الجنسية يكون لديهم اضطراب التوثين أو السادية الجنسية مصاحباً .

بداية الاضطراب ومساره :

قد تبدأ الخيالات المازوخية من الطفولة ولكن بداية الممارسة متفاوته ولكنها غالباً فى بداية الرشد .. ومسار الاضطراب عادة مزمن، وقد تتزايد شدة إيذاء الشخص لنفسه بمرور الوقت أو فى فترات الضغوط النفسية والاجتماعية وقد تنتج عنها الوفاة .

تشخيص المازوخية الجنسية :

١ ــ تكرار حفزات جنسية أو خيالات مثيرة جنسياً من خلال إيذاء بدنى أو نفسى يقع على الشخص أو معاناة من نوع ما ، وظلت لمدة ستة شهور.

٢ ــ والشخص يمارس هذه الحفزات أو يعانى من جرائها .

التشخيص الفارق :

١ ــ شريك لشخص سادى فى ممارسة جنسية .

٢ ــ الانتحار: كقتل للنفس دون مازوخية جنسية .

٣ ــ الشخصية المشوهة للذات كسمة من سماتها .
(self-defeating personality trait)
تختلف فى أنها تحتاج للإهانة ولكنها ليست مرتبطة بالإثارة الجنسية .

٦ ــ الساديه الجنسيه
(Sexual Sadism)

يميز هذا الاضطراب حفزات متكررة أو خيالات من إنزال الإيذاء البدنى أو النفسى بشخص الشريك فى العملية الجنسية وذلك للحصول على الإثارة

الـجنسية لمدة لا تقل عن ستة شهور ويمارس الشخص هذه الحفزات أو تسبب له ازعاج .

و بعض المصابين بهذا الاضطراب يتضايقون من خيالا تهم السادية التى قد تظهر أثناء الممارسة الجنسية رغم أنهم لا يمارسونها ، وهذه الخيالات السادية تشمل السيطرة الكاملة على الضحية ، وآخرون يمارسون ساديتهم مع شريك مازوخى يوافقهم (بل و يستمتع من الإيذاء) ، والأفعال السادية (أو الخيالات) قد تشمل إكراه الضحية على الركوع أو تغطية وجهه أو ضربه (أى الضحية) أو حرقه أو صعقه بالكهرباء أو اغتصابه أو خنقه أو تشويهه أو قتله .

وأطلق على هذا الاضطراب اسم السادية (Sadism) نسبة إلى (الماركيزدى ساد) المؤلف الفرنسى فى القرن الثامن عشر والذى تم حبسه عدة مرات لأفعاله العنيفة خلال ممارسة الجنس مع النساء .. يفسر هذا الاضطراب تحليلياً بأنه دفاع ضد خوف الخصاء .

بداية الاضطراب ومساره :

توجد الخيالات من الطفولة ولكن ممارسة الأنشطة من بداية الرشد والمسار عادة مزمن فى أشكاله الشديدة ، و بعضهم قد لا تزداد أفعالهم السادية ولكن البعض الآخر تزداد بمرور الوقت ، وعندما يرتبط الاضطراب بالشخصية المضادة للمجتمع فإنه قد يصبح خطراً و يقتل ضحيته .

التشخيص الفارق :

١ ــ الاغتصاب أو العدوان الجنسى قد يصاحب السادية ، ولكن فى حالات الاغتصاب فقط يكون الألم الجنسى المشاهد فى الضحية لا يثير جنسياً ، بل قد يفقد رغبته الجنسية عند ملاحظة تألم الضحية ، وأشارت الدراسات أن أقل من (١٠٪) من المغتصبين يكون لديهم سادية جنسية ، بعض المغتصبين يبدو أنهم يثارون جنسياً بواسطة إكراه شخص غير موافق على الاندماج فى ممارسة جنسية ، و يكون قادراً على المحافظة على الإثارة

الجنسية حتى مع تألم الضحية ، ولكنه يختلف عن الشخص السادى جنسياً فى أنه لا يجد الإثارة الجنسية فى معاناة الضحية .

٢ ــ الأفعال السادية (Sadistic acts) : وهى الأفعال التى ترتكب فى غياب الإثارة الجنسية فى الجرائم المختلفة وفى تعذيب المساجين ولدى الأشخاص ذوى السمات السادية .

٧ ــ اضطراب التوثين المتحول الزى
(Transvestic Fetishism)

و يتميز هذا الاضطراب بارتداء فعلى لملابس الجنس الآخر ، أو تخيل ذلك للحصول على إثارة جنسية وكمساعدة فى عملية الاستمناء أو الجماع الجنسى واستمرت ممارسة هذا الشذوذ ستة شهور أو سبب له ازعاجاً .. وعادة يحتفظ الشخص بمجموعة من ملابس الجنس الآخر (الإناث) و يرتديها عندما يكون وحيداً ، و يتخيل ذكوراً آخرين جذابين له كأنثى فى الملابس الأنثو ية التى يرتديها .

يوصف عادة هذا الاضطراب فى الذكور فقط ، و يبدأ الاضطراب عادة فى الطفولة أو بداية المراهقة ، وبمرور السنوات بعضهم يرغب فى ارتداء ملابس النساء طول الوقت وإلى الأ بد ، و بعضهم يرتدى قطعة واحدة داخلية و بعضهم يرتدى أكثر من قطعة ، وقد يضع ماكياج و يرتدى ملابس نساء كاملة وهؤلاء الذكور عادة يفضلون الجنس المقابل إلا أن خبراتهم الجنسية مع النساء نادرة ، وأحياناً ينخرطون فى علاقات جنسية مثلية ، وقد يصاحبها أحياناً مازوخية .

بداية الاضطراب ومساره :

يبدأ اضطراب التوثين متحول الزى من الطفولة أو بداية المراهقة وإن كان الظهور بالملابس المغايرة فى مكان عام لايتم إلا عند الرشد ، وعادة يبدأ جزئياً و ينتهى كلياً ، والجزء المفضل من الملابس قد يصبح مشبق فى ذاته ، وقد يستخدم كعادة أول الأمر فى الاستمناء وأخيراً فى الممارسة الجنسية ، وأحياناً تختفى لدى بعض المضطر بين الإثارة الجنسية المرتبطة باللبس ولكن يستمر

الجنس كمضاد للقلق ، فى هذه الحالة بغير التشخيص إلى اضطراب الهوية الجنسية (Gender identity disorder) .

التشخيص :

١ ـ حفزات جنسية شديدة وخيالات مثيرة جنسياً مترددة لدى ذكر يفضل الجنس الآخر حول ارتداء ملابس الإناث لمدة ستة شهور.

٢ ـ يمارس الشخص هذه الحفزات أو ينزعج منها بشدة .

٣ ـ لا يتفق مع مواصفات اضطراب الهوية الجنسية .

التشخيص الفارق :

١ ـ اضطراب الهوية الجنسية : حيث يرتدى ملابس الجنس الآخر لتخفيف التوتر و يتم ذلك دون إثارة جنسية .

٢ ـ اضطراب عدم قبول الجنس (Trans-sexualism) إحساس دائم بعدم مناسبة جنسه له ورغبة مستمرة فى تغييره والانشغال بذلك .

٣ ـ الجنسية المثلية : أحياناً يرتدى لباساً مغايراً لجذب ذكر آخر إليه ولكن هذا الارتداء لا يسبب له إثارة جنسية .

٨ ـ اضطراب التبصص
(Voyeurism)

يتميز اضطراب التبصص بحفزات جنسية شديدة ومتكررة أو خيالات جنسية مثيرة مرتبطة بملاحظة آخرين يمارسون الجنس أو عراه ، و يهدف هذا التبصص للحصول على إثارة جنسية ولا يبحث عن نشاط جنسى ، وتحدث الذروة الجنسية عادة من خلال العادة السرية أثناء التبصص ، أو بعد ذلك من خلال تذكر ما شاهدة مسبقاً ، و يبدأ هذا الاضطراب قبل سن الخامسة عشرة ثم يصبح مزمنا بعد ذلك .

التشخيص :

١ ــ تكرار حفزات جنسية شديدة وخيالات مثيرة جنسياً تشتمل على ملاحظة شخص غريب عارياً أو خلال ممارسته لنشاط جنسى ، واستمر ذلك لمدة ستة شهور.

٢ ــ وهذه الحفزات يمارسها الشخص أو ينزعج منها بشدة .

التشخيص الفارق :

١ ــ النشاط الجنسى المعتاد : غالباً يتضمن إثارة جنسية من ملاحظة الشريك عارياً أو أثناء خلع ملابسه ، إلا أنه يكون ليس غريباً عنه بل ومندمجاً معه فى الممارسة .

٢ ــ مشاهدة أفلام جنسية فهى معدة لذلك لإحداث إثارة .

٩ ــ الشذوذات الجنسية غير المصنفة فى مكان آخر
(Paraphilia Not Otherwise Specified)

وهى مجموعة تتضمن الشذوذات الجنسية التى لا تتفق مع مواصفات أى من المجموعات المحددة السابقة ، ومن أمثلة هذه المجموعة :

١ ــ الإثارة الجنسية (الدعارة) من خلال التليفون (Telephone scatologia)

٢ ــ شذوذ اشتهاء الموتى (Necrophilia) .

٣ ــ شذوذ الولع بجزء من الجسم (Partialism)

٤ ــ شذوذ الولع بالحيوانات (Zoophilia) .

٥ ــ شذوذ الولع بالبراز (Coprophilia) .

٦ ــ شذوذ الولع بالبول (Urophilia) .

٧ ــ شذوذ الولع بالحقن الشرجية (Klismaphilia—enemas) .

التنبؤ بمآل الشذوذ الجنسي :

يرتبط سوء المآل فى حالات الشذوذ الجنسي بالبداية فى سن مبكرة وكثرة ممارسة الفعل الشاذ ، وعدم الشعور بالذنب أوالخجل فى ممارسة هذا الشذوذ ، والادمان المصاحب .. ولكن يكون المآل حسناً فى حالات وجود تاريخ لجماع جنسي طبيعي بالإضافة للشذوذ وجود دافع قوى للتغير ، وعندما يشعر الشخص بالمشكلة ويحضر بنفسه للعلاج وليس بإكراه من سلطة .

علاج الشذوذ الجنسي :

أهم المداخل العلاجية هو العلاج النفسى التبصيرى ، حيث يفهم دينامياته النفسية والأحداث التى تسبب عنها الشذوذ ، وخاصة أحداثه اليومية التى تحرك حفزاته الجنسية الشاذة (مثل بعد رفض واقعى أو متخيل) و يعيد العلاج النفسى للمريض ثقته بنفسه و يساعده على تحسين مهاراته الاجتماعية وأن يجد الطرق المثلى للإشباع الجنسي .

العلاج السلوكى يستخدم كثيراً فى علاج الشذوذات الجنسية لإزالة النمط الشاذ المتعلم من السلوك (مثل الصدمات الكهربائية أو الروائح الكريهة) يتم دمجها مع الحفزة ، التى سوف تتناقص .

أما العلاج الدوائى فيقتصر على الحالات التى يشخص فيها فصام أو اكتئاب فيعطى العقار المناسب .. وهناك عقار من البروجستيرون يسمى (Medroxyprogesterone) يستخدم بفعالية فى بعض الدول لحالات زيادة الرغبة الجنسية التى لا يمكن للشخص السيطرة عليها (كما فى حالات إسراف العادة السرية أو الميول الاغتصابية الشديدة) .

٢ ــ اختلال الوظيفة الجنسية

(Sexual Dysfunctions)

وتشمل الاضطرابات الآتية :

١ ــ اضطرابات الرغبة الجنسية (Sexual desire disorders) .

٢ ــ اضطرابات الإثارة الجنسية (Sexual arousal disorders) .

٣ ــ اضطرابات الذروة الجنسية (orgasm disorders) .
٤ ــ اضطرابات الألم الجنسي (Sexual pain disorders) .
٥ ــ اضطرابات الوظيفة الجنسية غير المصنفة في مكان آخر
(Sexual dysfunctions not otherwise specifed)
٦ ــ اضطرابات جنسية أخرى (Other sexual disorders) .

وهذه المجموعة من الاضطرابات لا تشخص إذا كان سبب الاضطراب عضوى مثل اضطراب جسمي أو عقار، أو إذا كان راجعاً إلى اضطراب عقلي آخر على المحور الأول .

١ ــ اضطرابات الرغبة الجنسية
(Sexual desire Disorders)

و يقسم هذا الاضطراب إلى قسمين :

أ ــ اضطراب نقص الرغبة الجنسية

الذى يتميز بنقص أو غياب رغبة النشاط الجنسي (hyposexual desire Disorder) ، و ينتشر بنسبة (٣٥٪) بين الإناث و(١٥٪) بين الذكور الذين يشكون من عدم وجود الرغبة الجنسية .. و يتميز بتكرار أو استمرار نقص أو غياب الرغبة للممارسة الجنسية ، و يتم التشخيص بواسطة الأخصائي بعد أن يأخذ فى الاعتبار عوامل مثل السن والجنس والحالة الصحية العامة وحياة الشخص الاجتماعية ، وهذا الاضطراب ليس راجعاً إلى اضطراب نفس آخر (من بين التشخيصات الاخرى التى توضع على المحور الأول) مثل الاكتئاب النفسى ، وإن كان يمكن أن يصاحبه .

ب ــ اضطراب تجنب اللقاء الجنسى
(Sexual aversion disorder)

الذى يتميز بتكرار التجنب لكل أو أغلب اللقاءات الجنسية مع الشريك الجنسى ، وحدوثه لا يستبعد خلال مسار اضطراب نفسى آخر على المحور الأول مثل الوسواس القهرى أو الاكتئاب .

الأسبـــاب :

١ ــ عوامل بيولوجية : تعطى عقاقير تثبط الجهاز العصبى المركزى أو تقلل من هرمون التستوستيرون تسبب نقص الرغبة الجنسية ، كما أن مرضاً جسمانياً شديداً قد يسبب نقص الرغبة الجنسية أيضاً ، أو عملية جراحية أثرت على صورة الجسم مثل استئصال الثدى جراحياً أو استئصال الرحم أو البروستاتا قد يقلل من الرغبة .

٢ ــ عوامل نفسية : يعد نقص الرغبة الجنسية دفاع (طريقة دفاعية) للحماية من مخاوف لا شعورية حول الجنس ، أو نزعات جنسية مثلية غير مقبولة تثبط الرغبة أو تسبب التجنب للممارسة الجنسية ، فلقد اعتبر فرويد نقص الرغبة الجنسية راجعاً إلى عدم حل الصراع الأوديبى والتثبيت فى المرحلة القضيبية ، أو الخوف من المهبل أن يخصى (يقطع) القضيب إذا اقترب منه (Vagina dentata) (أى الاعتقاد اللاشعورى بأن الفرج له أسنان) ، ومن ثم فإنه يتجنب جهاز الأنثى التناسلى كلية . كما أن القلق المزمن أو الاكتئاب يمكن أن يكون سبباً لنقص الرغبة الجنسية ، وقد يكون نقص الرغبة تعبيراً عن العداء للشريك الجنسى .

٢ ــ اضطرابات الإثارة الجنسية
(Sexual arousal disorders)

وتشمل اضطرابات الإثارة الجنسية لدى الذكر وكذلك لدى الأنثى .

أ ــ اضطراب الإثارة الجنسية لدى الذكر
(العنــة) (impotence)

ويتميز بالفشل الجزئى أو الكلى فى المحافظة على انتصاب القضيب حتى إتمام العملية الجنسية ، سواء كان هذا الفشل ثابتاً أو متكرراً .. وقد تكون العنة أولية حيث لم ينجح الشخص فى إدخال قضيبه إلى فرج أنثى ، أو عنة ثانوية حيث يكون قد نجح فى ذلك فى وقت ما من حياته الجنسية ولكنه أخيراً غير قادر على ذلك ، وهناك العنة الانتقائية حيث ينجح أحياناً ويفشل فى أحيان أخرى مثل من ينجح مع داعرة ويفشل مع زوجته .

ولقد لوحظ وجود العنة الثانوية فى نسبة كبيرة من الرجال تصل إلى (٢٠ ٪) من كل الرجال ، بينما لا تتجاوز العنة الأولية (١ ٪) من الرجال الذين تقل أعمارهم عن خمسة وثلاثين عاماً ، و يزداد معدل العنة مع تقدم السن ، وقرر (كينزى) أن (٧٥ ٪) من الرجال لديهم عنة فى سن الثمانين ولكن لوحظ أن العنة مع السن ليست شرطاً حيث أن توافر الشريك فى الشيخوخة هو العامل الحاسم فى استمرار الطاقة الجنسية من عدمها .

■ **أسباب العنة :**

١ ــ عوامل بيولوجية : هناك أمراض جسمانية عديدة قد تسبب العنة مثل التهاب الغدة النكفية وفشل وظائف القلب والفشل الكلوى وتليف الكبد ونقص التغذية ومرض البول السكرى ، ومرض إديسون واختلال وظيفة الغدة النخامية فى تنشيط الخصيتين ونقص نشاط الغدة الدرقية أو زيادة نشاطها ، أو أمراض عصبية مثل التصلب المتناثر ومرض باركنسون ومرض بالحبل الشوكى والتهاب الأعصاب الطرفى ، وكذلك بتأثير بعض العقاقير المحدثة للادمان مثل الكحول والمورفين والكوكايين والامفيتامين ، أو بتأثير عمليات جراحية مثل استئصال البروستاتا عن طريق العجان ، أو العلاج بالإشعاع أو حالة الضعف العام الشديدة .

وهناك بعض العقاقير التى تحدث العنة مثل بعض مضادات الاكتئاب (الايميبرامين والديسيبرامين والكلوميبرامين والأميتريبتيلين ومثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الحيوية) وكذلك الليثيوم والليبريوم و بعض المطمئنات العظمى (مثل الفلوفينازين والثيوريدازين والكلور بروثكسين والبرفينازين والرزربين والهالوبيريدول) و بعض مضادات الضغط المرتفع (مثل الكلونيدين والمثيل دوبا) .

أما بخصوص إزالة الخصيتين فيما يسمى بعملية الخصاء فإنها لا تسبب العنة لأن لمس الفخذين من الداخل يحدث الانتصاب حيث أن مراكز الانتصاب فى العجز مازالت سليمة .

٢ ــ عوامل نفسية : اعتبر فرويد سبب العنة هو عدم قدرة الرجل على الجمع بين مشاعر الحب ومشاعر الرغبة تجاه نفس المرأة . مثل هذا الرجل قد يستطيع ممارسة الجنس مع النساء الساقطات فى نظره . وهناك عوامل نفسية أخرى مثل الأنا الأعلى القاسى الذى يعاقب الشخص على حفزاته الجنسية أو عدم الشعور بالأمان أثناء الممارسة ، أو الشعور بالدونية مع شريكته أو الشعور بأنه غير مرغوب منها .. وغالباً ما تعكس العنة اضطراباً فى العلاقة الحالية بين الشريكين فى الممارسة الجنسية .

إذا اتضح من التاريخ الجنسى المفصل للشخص أنه يحدث له انتصاب تلقائى أحياناً أو فى الصباح الباكر أو أثناء ممارسة العادة أو مع شريك آخر غير زوجته ، فإن هذا يجعلنا نستبعد الأسباب العضوية للعنة .

وهناك طرق لمعرفة ما إذا كان هناك انتصاب خلال فترات النوم أم لا (nocturnal penile tumesenece) ، تساعد فى استبعاد الأسباب العضوية ، وتستخدم بعض الاستقصاءات المعملية لمعرفة السبب العضوى مثل : معدل السكر فى الدم ومستوى الهرمونات فى الدم (التستوستيرون والبرولاكتين) ووظائف الكبد والغدة الدرقية .

ب ــ اضطراب الإثارة الجنسية لدى الأنثى

ويتميز بفشل الأنثى فى الحصول على الإثارة الجنسية كلياً أو جزئياً حتى إتمام الأداء الجنسى ويتكرر ذلك أو يكون سمة ثابتة ، والإثارة الجنسية لدى الأنثى (كما سبق توضيحها) فى ترطيب الفرج ودفئه واحتقانه ، ولذا فإنه يطلق أحياناً على هذا الاضطراب البرود الجنسى (Frigidity) ويصعب معرفة معدل انتشاره ، ولكن تشير بعض الدراسات إلى أن (٣٣٪) من الزوجات السعداء فى حياتهن الزوجية يفشلن فى المحافظة على إثارتهن الجنسية أثناء عملية الجماع .

ويرتبط نقص الإثارة الجنسية لدى الأنثى بعوامل نفسية عديدة ، فالصراعات النفسية تعبر عن نفسها فى تثبيط الإثارة الجنسية لدى الإناث ، وبعضهن يكون السبب هو وجود ألم أثناء عملية الجماع أو يصاحب نقص الرغبة الجنسية .

كما وجدت علاقة بين معدلات الهرمونات فى الدم والإثارة الجنسية ، حيث لوحظ أن النساء السويات جنسياً يكون لديهن رغبة جنسية بصفة خاصة قبل بدء الحيض (الدورة الشهرية) ، أما اللاتى يعانين من اختلالات الوظيفة الجنسية فإنهن يشعرن بإثارة جنسية عقب الحيض أو عند وقت التبويض .

٣ ــ اضطرابات الذروة الجنسية
(Orgasm Disorders)

أ ــ نقص الذروة الجنسية لدى الذكر (Inhibited Male Orgasm)

ويتميز بالتأخر أو غياب الذروة الجنسية المتكرر أو المستمر لدى الذكر، بعد مرحلة إثارة جنسية سوية خلال ممارسة جنسية ، وهذا الفشل عادة مرتبط بالمهبل ، أما خارجه فيمكن الوصول إلى الذروة الجنسية بإثارة أخرى مثل الاستمناء (العادة السرية) ، وليس سبب ذلك اضطراب نفسى آخر (يوصف على المحور الأول) مثل الاكتئاب .

ويطلق على هذا الاضطراب أيضاً (تأخر القذف) حيث يحصل الرجل على القذف بصعوبة خلال عملية الجماع (Retarded Ejaculation) ، ويمكن أن يكون أولياً (إذا لم يستطع القذف خلال ممارسة جنسية إطلاقاً) أو ثانوياً (إذا حدث بعد فترة أداء طبيعى) .

ويجب علينا أن نميز بين الذروة الجنسية المثبطة (الموصوفة هنا) وبين القذف الراجع (retrograde ejaculation) حيث يكون القذف الراجع فى حالات استئصال البروستاتا أو تعاطى عقاقير ذات مفعول مضاد للكولين (anticholinergic) مثل مجموعة الفينوثيازين ، وفيها يرجع السائل المنوى إلى الخلف أى إلى المثانة البولية .. وهناك من يقذفون ولكنهم يشكون من غياب الشعور باللذة المصاحب لعملية القذف (Orgasmic anhedonia) .

ويعتبر اضطراب الذروة الجنسية المثبطة لدى الذكر أقل انتشاراً من العنة حيث لم تتجاوز نسبته (٣٫٨٪) فى عينة من الرجال يعانون من الاضطرابات الجنسية .

■ **الأسبــاب :**

١ ــ **عوامل بيولوجية :** جراحة أجريت على الجهاز البولى التناسلى مثل استئصال البروستاتا ، أو مرض باركنسون ، أو أمراض عصبية أثرت على المناطق القطنية والعجزية من الحبل الشوكى ، بعض العقاقير المخفضة لضغط الدم المرتفع مثل المثيل دو با والجوانثيدين ، ومجموعة الفينوثيازين .

٢ ــ **عوامل نفسية :** عادة فى حالات تثبيط الذروة الجنسية الأولى يكون السبب نفسى ، حيث يدرك الرجل المصاب بهذا الاضطراب الجنسى كشىء مثير للشعور بالذنب والأعضاء التناسلية كشىء قذر ، وقد يكون لديه رغبات (شعورية أو لا شعورية) محرمة وشعور بالذنب ، تبعاً لذلك ، وتوجد صعوبة فى علاقته الحميمة خارج نطاق الجنس .. وقد يكون تثبيط الذروة الجنسية يعكس اضطراباً فى العلاقة مع الشريك الجنسى ، أو يكون متناقضاً إزاء رغبة زوجته فى الحمل ، أو أن زوجته فقدت جاذبيتها الجنسية بالنسبة له ، أو أنه يعبر عن عدوان مكبوت تجاهها ، وهذا الاضطراب شائع أكثر بين مرضى الوسواس القهرى أكثر من غيرهم .

ب ــ الذروة المثبطة لدى الأنثى

(Inhibited Female Orgasm) (Anorgasmia)

التأخر أو غياب الذروة الجنسية لدى الأنثى والمتكرر بعد إثارة جنسية طبيعية أثناء الممارسة الجنسية التى تكون مناسبة فى الشدة والمدة (من خلال حكم الأخصائى) ، بعض الإناث يكن قادرات على أن يصلن لذروة جنسية أثناء الجماع فى غياب إثارة البظر باليد ، و بعضهن يكن قادرات على الوصول لذروة جنسية من خلال إثارة البظر فى غير جماع دون حدوث ذلك فى الجماع إلا بإثارة البظر ، وهذا يعد تفاوتاً طبيعياً فى استجابة الأنثى الجنسية .

وتشير نظرية فرويد إلى أن الأنثى يجب أن تنتقل من حساسية البظر التى توصلها إلى الذروة الجنسية إلى حساسية المهبل التى تحقق لها الذروة وصولاً إلى النضج الجنسى ، ولكن الكثيرات من النساء لايصلن للذروة الجنسية إلا إذا صاحب الجماع إثارة للبظر ، وهذا يعد تفاوتاً طبيعياً أيضاً .

وتعد المرأة فاقدة الذروة أولياً (Primary) إذا لم تذقها أبداً بأى نوع من الإثارة طيلة حياتها السابقة ، وثانو ياً (Secondary) إذا خبرته المرأة ولو مرة واحدة مهما كان نوع الإثارة (سواء كان بالعادة السرية أو خلال النوم بالاحتلام) . وفقد الذروة الأولى تصل نسبته (٥٪) فقط (فى دراسة كينزى على المتزوجات فوق الخامسة والثلاثين) ، أما فقد الذروة الجنسية الثانوى فيعد شكوى شائعة للمتزوجات .

وعدم حصول المرأة على ذروة جنسية يرجع إلى أسباب نفسية هى : الخوف من الحمل ورفض الشريك الجنسى ، وتلف (جرح) بالمهبل ، العدوان تجاه الرجل والشعور بالذنب تجاه الحفزات الجنسية .. ولدى بعض النساء تكون الذروة الجنسية مساو ية لفقد السيطرة على النفس ، أو مرتبطة بالسلوك العدوانى المدمر ، وهذه المشاعر يعبر عنها بتثبيط الذروة الجنسية أو الإثارة الجنسية .. كما أن المحاذير الاجتماعية والقيم الثقافية المرتبطة بالكبت الجنسى لها أهمية فى حدوث هذا الاضطراب .

وقد تكون المرأة التى لا تصل إلى ذروة جنسية لا تعانى شيئاً آخر ، ولكن أحياناً تعانى من إحباط أو احتقان فى الحوض وألم فى أسفل البطن وهرش وزيادة الإفراز المهبلى ، بالإضافة إلى زيادة التوتر وسرعة الاستثارة والإجهاد الجسمانى .

سرعة القذف

(Premature Ejaculation)

وهو اضطراب مرتبط بالذروة الجنسية أيضاً ، و يتميز بتكرار القذف قبل رغبة الشخص فى إحداث قذف ، مع إثارة جنسية ضئيلة أو قبل الإثارة ، سواء كان قبل إدخال القضيب أو بعده ، و يؤخذ فى الاعتبار عند تشخيص هذا الاضطراب عوامل السن والنظرة إلى الجنس ومدة الجماع ، وتختلف رؤية (ماسترز وجونسون) لهذا الاضطراب ، حيث يريانه من منظور الزوجية بأنه عدم كفاية فترة الجماع لوصول المرأة إلى ذروة جنسية على الأقل فى نصف مرات الجماع .. لا يحدث للمرأة قذف مبكر (ذروة جنسية مبكرة) ، ولكن لوحظ

حدوث ذروات جنسية متعددة تلقائية تحدث للمرأة دون إثارة جنسية وتنشأ عن بؤرة صرعية فى الفص الصدغى .

وأسباب هذا الاضطراب نفسية أهمها نفس أسباب العنة (التى سبق ذكرها) عدم الرضا عن الشريك الجنسى ، والقلق المرتبط بالجماع والمخاوف المرتبطة بالفرج ، والتسرع والارتباك أو الخوف من آخرين يقيمون معه فى نفس المسكن ، أو وجود مشاكل فى الحياة الزوجية .

٤ ــ اضطرابات الألم الجنسية

(Sexual Pain Disorders) (Dyspareunia)

وفيه يوجد ألم ثابت ومتكرر فى العضو التناسلى (سواء للذكر أم للأنثى) ، قبل أو أثناء أو بعد الممارسة الجنسية ، وليس سبب هذا الألم نقص الترطيب أو انقباض المهبل أو أى سبب عضوى آخر . . وقد ينشأ هذا الاضطراب عن التوتر والقلق المرتبط بالعملية الجنسية ، و يتبع هذا الألم انقباض عضلات المهبل لا إرادياً ، والألم يكون إحساساً حقيقياً ومزعجاً وغير محتمل . . والألم المرتبط بالجماع قد يحدث للرجال ولكنه غير شائع كشكوى مرضية .

التقلص المهبلى

(Vaginisum)

وهو تقلص لا إرادى فى عضلات الثلث الخارجى للمهبل الذى يمنع إيلاج القضيب داخله أثناء الممارسة الجنسية ، وقد يحدث هذا أثناء الفحص المهبلى أيضاً ، و يشترط لتشخيصه عدم وجود سبب عضوى أو إذا كان عرضاً لاضطراب نفسى آخر على المحور الأول . . وهذا الاضطراب ينتشر أكثر بين المتعلمات اللائى ينحدرن من طبقات اجتماعية راقية ، ورغم أن الفتاة قد ترغب فى الممارسة الجنسية إلا أنها لاشعورياً تنقبض لمنع اختراق القضيب لجسدها حيث قد تتصوره (القضيب) على أنه سلاح قد يؤذيها ، وقد يكون السبب هو صدمة جنسية مثل الاغتصاب ، وأحياناً الألم من الجماع الأول الذى يتمزق فيه غشاء البكارة هو الذى يسبب التقلص المهبلى ، وأحياناً تكون القيم التربوية المضادة

للجنس هى المسئولة عنه ، وقد يكون التقلص المهبلى بسبب سوء معاملة الزوج (الشريك) وهذا رفض له .

٥ ـ اضطرابات الوظيفة الجنسية غير المصنفة فى مكان آخر

(Sexual dysfunctions not otherwise specified)

وهى مجموعة الاضطرابات التى لا يمكن تصنيفها تحت أى من الاضطرابات السابقة مثل :

١ ـ غياب الإحساس الشبقى أو الخدر وعدم الشعور باللذة رغم الأداء الفسيولوجى السليم لكل مراحل الوظيفة الجنسية (Orgasmic anhedonia) بسبب الشعور بالذنب تجاه الاستمتاع باللذة الجنسية ، وهذا يحدث انشقاقاً يعزل فيه الوجدان عن الخبرة الفسيولوجية المعاشة .

٢ ـ الحالات التى تشبه القذف السريع لدى الأنثى .

٣ ـ الإسراف فى العادة السرية تحت الشعور بالقهر فى ذلك الإسراف .

٤ ـ الألم فى العضو التناسلى أثناء العادة السرية .

٥ ـ الصداع الذى يتبع الجماع : يحدث فى المنطقة القفوية أو الجبهية وسببه غير معروف ولكنه قد يكون وعائى أو ناتج عن توتر العضلات وانقباضها (Tension headache) وقد يرسب الجماع نوبات صداع الشقيقة (Migraine) .

٦ ـ اضطرابات جنسية أخرى غير مصنفة

وهذه المجموعة غير مصنفة ضمن الشذوذات الجنسية أو الوظيفية الجنسية [١] ومن أهمها ما يلى :

---

(١) بعض هذه الاضطرابات غير وارد ضمن التصنيف الاحصائى التشخيص المراجع الثالث . (DSM III-R)

١ ــ كرب ما بعد الجماع (Post coital dysphoria) ، حيث يصبح الشخص بعد خبرة جنسية مشبعة مكتئب ومتوتر ومشدود سريع الاستثارة ، ينسحب من شريكه الجنسي وقد يؤذيه بالضرب أو بالألفاظ .. وهذا الاضطراب أكثر شيوعاً لدى الرجال ، و يرجع لموقف الشخص من الجنس بوجه عام ، وهو أكثر حدوثاً فى الممارسات الداعرة وأحياناً يكون الخوف من مرض جنسى مثل الإيدز (AIDS) هو السبب ، والعلاج نفسى فى مثل هذه الحالات .

٢ ــ مشاكل جنسية متعلقة بصورة الجسم : فالشخص الذى يشعر تجاه جسده بعدم مناسبته لمقاييس الرجولة أو الأنوثة قد يحدث له اضطراب جنسى فقد يصر على ممارسة الجنس فى الظلام الدامس ، ولا يسمح بلمس أجزاء معينة من جسمه أو برؤيتها .

٣ ــ الدانجوانية (Don-Juanism) : بعض الرجال يبدون كمفرطى جنس حيث يحتاجون الممارسة الجنسية المتكررة ، ولكن هذا يخفى مشاعر عميقة من الشعور بالنقص ، و بعضهم لديه ميول جنسية مثلية لا شعورية فيتم إنكارها باتصالات جنسبة قهرية متعددة مع النساء ، وأغلب الدنجوانيين يفقدون اهتمامهم بالمرأة بعد الجماع .

٤ ــ الغلمة النسوية (السودة) : (Nymphomania) و يشير إلى وجود رغبة جنسية مرضية للجماع لدى الأنثى ، وأغلبهن يعانين من اضطرابات جنسية خاصة فقد الذروة الجنسية ، كما يوجد لديهن خوف شديد من فقد الحب والمرأة فى هذه الحالة تحاول أن ترضى (تشبع) اعتماديتها أكثر من محاولتها إشباع نزعتها الجنسية .

٥ ــ اضطراب التوجه الجنسى (Sexual orientation Distress) هذا الاضطراب يعرف بالجنسية المثلية غير المتوافقة مع الذات (Ego-dystonic homosexuality) ويميزه رغبة الشخص فى أن يكتسب الإثارة من خلال علاقة طبيعية مع الجنس الآخر ، ومعاناته من جنوسيته (أى ميوله الجنسية المثلية) المتغلبة عليه والتى يرفضها داخلياً ولا يستريح

إليها .. وقد تنعدم ميوله تجاه الجنس الآخر، حيث لا يحرك الجنس الآخر شيئاً من غريزته الجنسية، أو يحركها بدرجة ضعيفة، وأحياناً يتجنب العلاقة مع الجنس الآخر خوفاً من عدم تجاوبه وفشله، وقد تنجح علاقته بالجنس الآخر ولكنها لا تدوم .. و يكون لدى الشخص رغبة فى الزواج وإنجاب الأطفال وبناء الأسرة، و برغم استمرار هؤلاء الأشخاص فى ممارستهم الجنسية المثلية إلا أنهم سرعان ما يفقدون استمتاعهم بها بسبب المشاعر السلبية تجاه هذا التوجه الجنسى غير الطبيعى .

و يصاحب هذا الاضطراب خاصة فى مجتمعنا العربى بصفة عامة والمصرى بصفة خاصة أعراض الخجل والشعور بالذنب والعزلة الاجتماعية والاكتئاب والقلق .

■ **أسباب الجنسية المثلية :**

اعتبر فرويد الجنسية المثلية توقف فى النمو النفسى الجنسى عند مرحلة حب نفس الجنس (ما يشبه الذات) وعدم الانتقال إلى حب الآخر، فالإنسان ينتقل من نرجسية حب الذات إلى حب الشبيه ثم ينتقل إلى الميول الجنسية المغايرة، وتضيف النظرية التحليلية أن الظروف النفسية المبكرة فى الطفولة هى التى تسبب السلوك الجنسى المثلى وأهمها الارتباط الشديد بالأم والتوحد بها وغياب دور الأب الفعال فى حياة الطفل، وعدم تشجيع الأم للدور الرجولى لدى الولد (أو الدور الأنثوى لدى البنت)، أو النكوص إلى مراحل مبكرة من النمو النرجسى، كما أن استمرار حسد القضيب لدى الأنثى يجعلها مثلية الميول بعد البلوغ .

وهناك دراسات بيولوجية تشير إلى نقص معدل الهرمونات الجنسية الذكرية فى الدم لدى الجنوسيين من الرجال .. كما أن دراسات التوائم كشفت عن زيادة معدل تطابق الجنسية المثلية بين التوائم المتماثلة عنها بين التوائم عير المتماثلة، مما يشير إلى تهيئة جينية غير معروفة ولكن دراسة الجينات الوراثية لدى كل من الجنوسيين والأسوياء لم تكشف عن اختلاف بينهما .

■ **بداية الاضطراب ومساره :**

تبدأ الجنسية المثلية فى سن المراهقة ، وكثيرون منهم بدأت خبراته المبكرة قبل البلوغ ، وقد يقبلون أنفسهم كجنوسيين أو ينتقلون للعلاقة مع الجنس الآخر التى قد تصبح مشبعة ، ولقد لوحظ تناقص كبير على مستوى العالم فى ممارسة الجنوسية بعد انتشار مرض الإيدز (AIDS) بين الجنوسيين أكثر من غيرهم ، حيث تعد الممارسة الجنوسية إحدى طرق انتقاله .

■ **علاج الجنسية المثلية (اضطراب التوجه الجنسى) :**

هناك العلاج التحليلى النفسى الذى يفيد فى تغيير التوجه الجنسى داخلياً وتحقيق نضج النمو النفسى الجنسى الذى يكون سبباً فى الاضطراب ، وإعادة ترتيب البناء النفسى بما يدعم الميول الجنسية الغيرية ، ولكن يلزم له الوقت الكافى ، وهناك العلاج السلوكى الذى ينمى تشريطاً تجنبياً للجنسية المثلية ، و يعيبه أن التغير قد يكون سطحياً فقط وقد يحدث تجنباً لكل الإثارات الجنسية مثلية وغيرية .

علاج الاضطرابات الجنسية

و يعد هذا النوع من العلاج أحد التخصصات الدقيقة حالياً ضمن إطار الطب النفسى ، ولذا فإننا سوف نشير هنا إلى أنواعه فقط وهى العلاج النفسى الفردى الذى يركز على اكتشاف الصراعات النفسية اللاشعورية والدوافع للاضطراب وما يرتبط بها من خيالات ، أو صعوبات مع الآخرين والتعامل مع هذه الديناميات .. وهناك العلاج السلوكى الذى يتوجه للاضطراب حسب نوعه بهدف تعديل السلوك الجنسى ، والعلاج الجماعى لتهيئة جو جماعي لمساندة المضطرب نفسياً ومساعدته على إزالة معاناته ، والعلاج البيولوجى مثل استخدام عقار الثيوريدازين فى حالات سرعة القذف ، أو مضادات الاكتئاب فى حالات الخوف المرتبط بالجنس ، واستخدام الهرمونات الجنسية فى بعض الحالات ، والعلاج الزواجى والأسرى .

الفصل العاشر

■ مقدمـــة :

١ ــ رجل فى الخامسة والثلاثين من عمره يعمل ممرضاً جاء يشكو من أنه لم يعد قادراً على العمل بعد أن أصبحت نوبات مفاجئة من النوم تباغته لا إرادياً أثناء العمل ، وسبق أن حدثت له بسببها عدة حوادث أثناء قيادة سيارته مما جعله يمتنع عن قيادتها و يصاحب هذه النوبات ارتخاء شديد فى عضلات جسمه يشبه الشلل ، ولم يكشف الفحص النفسى أو الجسدى عن علامات أخرى .

٢ ــ رجل فى الثانية والستين من عمره ، متزوج ولديه أولاد ، أحيل إلى المعاش ، يعانى من صعوبة الدخول فى النوم منذ شهر دون أعراض أخرى جسدية أو نفسية مع أنه قد ينام أثناء مشاهدته للتليفزيون .

٣ ــ رجل فى الثانية والخمسين من عمره كان قد وصل إلى مصر قادماً من أمريكا فى اليوم السابق لموعد عمل بيننا ولكنه اعتذر عن الموعد لأنه لم ينم فى الليلة الماضية لاختلاف التوقيت اليومى بين البلدين .

٤ ــ سيدة فى السادسة والعشرين من عمرها تشكو أن زوجها قد ضاق بسيرها أثناء نومها حيث تتجول داخل الشقة دون هدف أو تتجه للباب محاولة فتحه ثم تعود لفراشها ويجد صعوبة فى إيقاظها أثناء ذلك وعندما يذكرها بما حدث فى الصباح لا تذكر شيئاً .

هذه الأمثلة لحالات أكلينيكية سوف نعرض لها فى هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع أهدافاً تعليمية ؟ ما هى هذه الأهداف ؟

اضطرابات النوم
(Sleep Disorders)

تعد اضطرابات النوم من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً ، حيث يقدر من عانوا من الأرق ووصل الأمر بهم للبحث عن علاج فى عام واحد (٣٠٪) من جموع المواطنين ، وهذا الفصل لا يصف مجرد اضطراب النوم العابر ولكنه يصف اضطرابات النوم المزمنة (التى تزيد مدتها عن شهر) ، لأن الاضطراب العابر للنوم قد يكون جزءاً من الحياة اليومية المعتادة ، أو متسبباً عن ضغط نفسى اجتماعى ، وسوف لا يشخص ضمن هذه المجموعة .

واضطرابات النوم شائعة ضمن أعراض الأمراض النفسية والجسمانية مثل الاكتئاب أو الأمراض الجسدية المصحوبة بآلام أو احساس بعدم الراحة ، أو بسبب تعاطى عقاقير معينة ، وعندما يرتبط اضطراب النوم بمرض نفسى آخر أو جسدى فإنه يشخص كاضطراب نوم إذا كان عرضاً بارزاً .

يقسم اضطراب النوم إلى مجموعتين رئيسيتين :

أولاً : اضطرابات النوم (Dyssomnias) : من حيث كمية النوم وكيفيته وتوقيته .

ثانياً : اضطرابات المخلات بالنوم (Parasomnias) : حيث تقع أحداث بارزة غير طبيعية تخل بالنوم .

أولاً ــ اضطرابات النوم (Dyssomnias)

وتتميز باضطراب كمية النوم أو كيفية النوم أو وقت النوم (إيقاعه) ، وتشمل ثلاث مجموعات :

١ ــ اضطراب الأرق (Insomnias) .

٢ ــ اضطرابات فرط النوم (Hypersomnias) .

٣ ــ اضطراب إيقاع اليقظة والنوم (Sleep-wake schedule disorder) .

١ ــ اضطرابات الأرق

(Insomnias)

وتتميز بشكوى بارزة فى صعوبة بدء النوم أو المحافظة عليه أو الشعور بعدم الراحة بعد النوم الذى يبدو كافياً فى كميته ، ويحدث على الأقل ثلاث مرات كل أسبوع لمدة شهر ، وشدته تكفى لينتج عنها شكوى من الإجهاد خلال ساعات النهار ، أو ملاحظة الآخرين لبعض أعراض اضطراب مثل سرعة الاستثارة أو اختلال الأداء الوظيفى خلال ساعات النهار ، ولا يشخص الاضطراب إذا كان الأرق فقط خلال مسار اضطراب إيقاع النوم واليقظة أو ناشئاً عن اضطراب الأحداث المخلة بالنوم .

■ أنواع الأرق :

١ ــ أرق يعزى إلى اضطراب نفسى آخر .
٢ ــ أرق يعزى إلى سبب عضوى معروف .
٣ ــ أرق أولى (Primary Insomnias) .

وهناك تفاوت كبير فى الوقت الطبيعى الذى يستغرقه أى شخص للدخول فى النوم ، كما أن هناك تفاوتاً فى كمية النوم الطبيعية اللازمة لأى شخص ليشعر بالراحة والتيقظ ، ولكن غالبية الناس يبدأون النوم خلال ثلاثين دقيقة من تهيئة الجو المناسب للنوم والاستلقاء فى الفراش ، و يظل النوم عادة من أربع إلى عشر ساعات .

و يصاحب اضطراب الأرق شكاوى متعددة وغير محددة من بينها اضطراب الوجدان والذاكرة والتركيز .

■ بداية الاضطراب ومساره :

يبدأ اضطراب الأرق عند أى سن ولكن يصبح متزايداً مع تقدم العمر ، وهذا يصدق أكثر على الأرق الذى يرجع إلى سبب عضوى ، ومسار الأرق الذى يعزى إلى اضطراب نفسى آخر يتبع مساراً يعتمد على الحالة ، أما الأرق الأولى فمساره

متفاوت فقد يكون قصيراً (برغم أن التعريف يحدد المدة على الأقل شهر) خاصة إذا كان السبب ظروف ضاغطة نفسية أو اجتماعية ، أو يظل عدة سنوات .

■ **الإعاقة والمضاعفات :**

فى حالات نادرة من الأرق قد لا توجد إعاقة ظاهرة فى الوظيفة والعلاقات الاجتماعية ، ولكن فى العادة يحدث الأرق بعض الإعاقة ، ونادراً أيضاً ما يضطرب أداء الشخص لوظيفته وعلاقاته الاجتماعية .. وأهم المضاعفات هو الإدمان الناتج من تعاطى حبوب مهدئة أو كحول للدخول فى النوم .

■ **التشخيص الفارق :**

الأرق عرض شائع لعديد من الاضطرابات العقلية والجسمانية ولكن يوضع الأرق كتشخيص إضافى فقط عندما يكون اضطراب النوم شكوى بارزة :

١ــ اضطراب إيقاع النوم واليقظة : الأرق فى هذه الحالة يختفى إذا سمح للشخص أن ينام طبقاً لنمط نومه و يقظته .

٢ــ اضطراب زيادة النوم : قد يوجد الأرق ولكن الشكوى السائدة هى كثرة النوم كما فى حالة النوم الانتيابى (Nacrolepesy) فإن الشخص أساساً يعانى كثرة النوم أثناء النهار برغم شكواه من فترات أرق ليلاً .

٣ــ بعض الناس الذين يحتاجون لنوم قليل قد يشكون من الأرق ، ولكن الأرق يشخص فقط إذا نقص النوم لدرجة ينتج عنه إجهاد أو خلل وظيفى أثناء فترة اليقظة .

(١) الأرق الذى يعزى إلى اضطراب نفسى آخر

و يتميز هذا النوع من الأرق بأن سببه اضطراب نفسى آخر يشخص على المحور الأول (مثل الاكتئاب أو القلق) أو الثانى (مثل اضطراب الشخصية الوسواسية) و يشخص هذا الاضطراب أيضاً عندما يكون الأرق ظاهرياً يرجع إلى تفاعل الشخص انفعاليا تجاه مرض عضوى يهدد حياته ، مثل الاكتئاب كتفاعل لاحتشاء عضلة القلب (Cardiac Infarction) .

■ **أسباب الأرق الناشيء عن اضطراب نفسى أو ظروف بيئية :**

١ ــ القلق (توتر أو عصاب أو كبداية ذهان) .
٢ ــ انقطاع النوم بالأحلام أو الكوابيس .
٣ ــ اختلال إيقاع النوم واليقظة .

● **العلاج :** يكمن فى علاج الاضطراب المسئول عن حدوث الأرق .

٢ ــ الأرق الذى يعزى إلى عامل عضوى معروف

وهو الأرق الناتج عن سبب عضوى معروف مثل مرض جسدى أو تعاطى عقاقير معينة (منشطة) ، ولا يشخص إذا كان الأرق راجعاً إلى التفاعل الانفعالى المصاحب لمرض عضوى وليس راجعاً للحالة المرضية العضوية نفسها .

كثير من الاضطرابات الجسمانية تحدث الأرق مثل ألم المفاصل أو الذبحة الصدرية بسبب الألم الذى تحدثه ، وهذه الاضطرابات لها أعراض أثناء كل من النوم واليقظة ، ولكن هناك اضطرابات جسمانية تحدث أعراضاً أثناء النوم فقط مثل انقطاع النفس أثناء النوم (Sleep Apnea) ، حيث يكون تنفس الشخص طبيعياً أثناء اليقظة ولكن خلال النوم كثيراً ما تحدث فترات توقف عن التنفس .

ويمكن أن يرتبط اضطراب الأرق بتعاطى العقاقير المنشطة مثل الأمفيتامين أو تعاطى الاسترويدات (Steroids) أو المقفلات الأدرينالية المركزية (Central adrenergic blockers) أو موسعات الشعب الهوائية ، كما أن الاضطراب قد يرتبط بادمان الكحول .

٣ ــ الأرق الأولى

وهو الأرق الذى لا يعود لسبب آخر (نفسى أو عضوى) ، وعادة يبذل الشخص مجهودات مضنية للدخول فى النوم فيزداد توتره ويختفى النوم ، مع أنه عندما لا يحاول النوم مثل نومه أثناء مشاهدة التلفاز .. قد يحدث الأرق الأولى كمضاعفات للأرق الذى له سبب نفسى آخر أو له سبب عضوى معروف وحينئذ يشخص بعد شهر من زوال الأرق الذى رسبه أصلاً .

• **العــلاج :**

ينصح المريض المؤرق بعدم اللجوء إلى الفراش إلا وقت النوم فقط وإذا لم يدركه النوم خلال خمس دقائق عليه أن ينهض لعمل شيء آخر، وقد يكون تغيير مكان النوم مفيداً ، وقد تستخدم أشرطة تبعث على الاسترخاء أو تمارين التصوف والتأمل أو التمارين الرياضية ، كما يفيد العلاج النفسي في فهم أسباب الأرق والعمل على حلها ، أما اعطاء عقاقير مهدئة للحصول على النوم فيحمل خطورة التعود والادمان على هذه العقاقير.

٢ ــ اضطرابات فرط النوم

(Hypersomnia Disorders)

وتتميز هذه الاضطرابات بزيادة النوم أثناء النهار أو نوبات من النوم (ليس سببها نقص كمية النوم) ، وفي أحيان نادرة يستغرق الانتقال من النوم إلى اليقظة وقتاً طويلاً (ثمالة النوم) (Sleep drunkenness) و يتكرر ذلك كل يوم تقريباً ولمدة شهر على الأقل ، أو يحدث في نوبات تظل فترات طويلة من الزمن ، وتكفي شدته لحدوث خلل وظيفي أو إعاقة للأنشطة الاجتماعية المعتادة أو العلاقات بالآخرين ، وكثرة النوم لا تشخص إذا حدثت خلال مسار اضطراب إيقاع النوم واليقظة .. وكثرة النوم على أنواع ثلاثة :

١ ــ فرط النوم بسبب مرض نفسي آخر (غير عضوى) .
٢ ــ فرط النوم بسبب عضوى معروف .
٣ ــ فرط النوم الأولى (أي بدون سبب) .

لتشخيص اضطرابات زيادة النوم يجب توفر المواصفات الآتية :

١ ــ شكوى بارزة من (أ) أو (ب) .

أ) زيادة النعوسة (Sleepiness) أو وجود نوبات من النوم خلال ساعات النهار وليست بسبب نقص كمية النوم .

ب) استغراق وقت طويل للانتقال من النوم إلى اليقظة (ثمالة النوم) .

٢ ــ هذه الشكوى شبه يومية على الأقل لمدة شهر ، أو فى نوبات لفترات طويلة وكافية لإحداث خلل فى الوظيفة والأنشطة المعتادة والعلاقات بالآخرين .

٣ ــ حدوثها ليس خلال مسار اضطراب إيقاع النوم واليقظة .

■ الإعاقة والمضاعفات :

تتفاوت الإعاقة الاجتماعية والوظيفية حسب شدة الاضطراب ، ومن مضاعفاته عدم الاحترام للذات والاكتئاب والتعرض للحوادث بسبب النوم أثناء قيادة السيارة أو إدمان المنشطات التى تعطى كعلاج والتى يصبح متحملا (مطيقاً) لجرعات عالية منها (Tolerance) وتصبح غير مفيدة .

■ التشخيص الفارق :

١ ــ زيادة النوم قد ترتبط بعديد من الأمراض العضوية ولكن نادراً ما يكون شكوى بارزة .

٢ ــ زيادة النوم فى مرض الاكتئاب شائعة ولكن نادراً ما تكون شكوى بارزة .

٣ ــ فى الصرع النفسى حركى : قد تختفى نوبات النوم الانتيابى خلال نوبة الصرع النفسى حركى ، ولكن خلال الصرع يلاحظ حركات وظوبية مثل تكرار البلع وحك اليدين فى بعضهما .

(١) فرط النوم الناتج من اضطراب نفسى آخر (غير عضوى)

يتميز هذا النوع بزيادة النوم التى تعزى ظاهرياً لاضطراب عقلى آخر (نفسى) ، فقد توجد كثرة النوم فى اضطرابات الوجدان خاصة الاكتئاب وغالباً يعزى الشخص كثرة نومه أثناء ساعات النهار للنوم غير المريح أثناء الليل .

(٢) فرط النوم لسبب عضوى معروف

وهى كثرة النوم بسبب حالة جسمانية أو تعاطى مادة مثل القنب أو العقاقير المهدئة أو مخفضات ضغط الدم المرتفع ، والحالات العضوية الناشئة عن

اضطراب مراكز النوم تصل إلى (٨٥٪) من حالات زيادة النوم ، منها حالات انقطاع النفس أثناء النوم وتصل إلى (٥٠ ٪) ، والنوم الانتيابى (narcolepsy) يصل إلى (٢٥ ٪) من الحالات ، ولزمة الأرجل غير المستريحة (تقلص العضلات أثناء النوم) (restless legs synd) .

و يصاحب هذا الاضطراب فى حالات النوم الانتيابى نوبات من ارتخاء العضلات المفاجىء (cataplexy) وتبدأ بانفعالات قوية يمكن أن ينتج عنها السقوط ، مع نوم غير طبيعى من النوم المصحوب بحركة العين السريعة (REM) فى نوبات متكررة تكون مليئة بالأحلام و يفهمها الشخص على أنها هلاوس الدخول فى النوم أو المصاحبة للاستيقاظ ، كما يصاحبه شلل النوم (حيث تنعدم حركة الشخص أثناء النوم أو عند استيقاظه المفاجىء) والنوم الانتيابى ليس نادراً حيث يقدر انتشاره (٤) فى كل (١٠٫٠٠٠) و يزيد بين أفراد الأسرة الواحدة ، ويمثل (٢٥٪) من حالات زيادة النوم لسبب عضوى والنوم الانتيابى ليس نوعاً من الصرع وليس اضطراباً نفسياً ولكنه اضطراب فى آليات النوم خاصة الآليات المثبطة للنوم المصحوب بحركة العين السريعة (REM) ويحدث النوم الانتيابى فى أى عمر ولكنه أكثر حدوثاً فى المراهقة والشباب حيث يبدأ غالباً قبل عمر الثلاثين .. وهذا الاضطراب ليس اشتدادياً ولكن خطورته فى حوادث السيارات أو الماكينات أثناء العمل .. و يعالج النوم الانتيابى بأخذ أقساط من النوم على فترات منتظمة أثناء ساعات النهار، وقد يكفى ذلك دون عقاقير، وأحياناً يلزم اعطاء عقاقير منشطة مثل (الأمفيتامين أو المثيل فينيدات) وأحياناً تعطى معها مضادات الاكتئاب .

أما من يعانون من انقطاع النفس أثناء النوم (Sleep apnea) فغالباً لديهم سمنة وعرضة لارتفاع ضغط الدم مع اختلال إيقاع القلب ، وأحياناً يصيبهم الصداع والعنة (impotence) ، و يبدأ انقطاع النفس أثناء النوم فى منتصف العمر، و يشتد مع تقدم العمر، حيث يصابون بسرعة استثارة ودرجات متفاوتة من الخلل المعرفى مثل التشتت والتغيم ونقص الإدراك والذاكرة، و يندر انقطاع النفس لدى السيدات قبل سن اليأس ويماثلن الرجال بعده .

■ **أسباب زيادة النوم العضوية :**

١ــ النوم الانتيابى (Narcolepsy) .

٢ــ انقطاع النفس أثناء النوم (Sleep apnea) .

٣ــ زيادة النوم الناشئة عن اختلال غير معروف بالجهاز العصبى المركزى (Idiopathic C.N.S Hypersomnolence) وهى نوبات من النوم أثناء ساعات اليقظة ولكنها يمكن أن تقاوم ، وهى أطول فى مدتها ولا يشعر الشخص بعدها بنشاط وتسبقها فترات من الدوخة ، والبعض يعزيها إلى خلل فى أيض الدوبامين .

٤ــ لزمة كلين ــ لفين (Kleine-levin synd) وهى نادرة تحدث فيها فترات من النوم متكررة وطويلة ، مع عزلة عن الناس أثناء اليقظة وتبلد مشاعر وسرعة استثارة وتغيم وعى وفقد التشبيطات الجنسية ، مع ضلالات وهلاوس واضطراب الاهتداء وخلل الذاكرة ، وعدم اتساق الحديث و يصاحبها زيادة الشهية للطعام ، وهو اضطراب متراجع ذاتياً .

٥ــ اللزمة المصاحبة لنزول الحيض (Menstrual-Associated Synd) حيث تكون زيادة النوم الملحوظة قبل بدء نزول الحيض مباشرة ، وتشبه لزمة كلين ــ لفين إلى حد كبير ، و يعزى سببها إلى اختلال هرمونى .

٦ــ ثمالة النوم (Sleep Drunkenness) وهى شكل شاذ من الاستيقاظ الذى فيه تطول فترة وضوح الوعى والتركيز .

(٣) فرط النوم الأولى

و يتميز هذا الاضطراب بزيادة النوم الثابتة التى لاتعزى ظاهرياً لسبب نفسى آخر أو لسبب عضوى معروف ، فى بعض الحالات قد يكون فرط النوم رد فعلى للنوم غير المريح الذى لا يعرف له سبب ، وفى بعضها الآخر قد يكون استجابة لظروف ضاغطة أو نمط من التكيف الذى يميزه نقص الإحساس بهدف للحياة .

٣ ـ اضطراب إيقاع اليقظة والنوم
(Sleep-Wake Schedule Disorder)

أغلب الوظائف البيولوجية تتبع إيقاع منتظم خلال الفترة التى تستغرقها الأرض فى الدوران حول نفسها وهى فترة اليوم وما فيه من ليل ونهار (أى فترة ٢٤ ساعة) وهو ما يطلق عليه الإيقاع البيولوجى اليومى ، ويحدث ذلك حتى لو عاش الناس فى أجواء أزيلت منها كل مؤشرات الوقت من اليوم . واضطراب إيقاع اليقظة والنوم يحدث فيه تناقض بين النظام اللازم لبيئة الشخص و بين إيقاع نوم الشخص اليومى ، و يتبع هذا شكوى إما من الأرق أو فرط النوم .

يختل إيقاع اليقظة والنوم بصورة عابرة عندما يغير الناس مواطن إقامة يختلف فيها التوقيت اليومى بسرعة (من خلال السفر بالطائرة) (Jet Lag Syndrome) ولتشخيص اضطراب إيقاع اليقظة والنوم يجب أن يكون الأرق أو فرط النوم شديداً ليصل للصورة المرضية لكل منهما (الأرق وفرط النوم) و يوجد ثلاثة أنواع من اضطراب اليقظة والنوم هى :

١ ـ النوع كثير التغير (Frequently changing Type) .

٢ ـ النوع المتقدم أو المتأخر (Advanced or Delayed type) .

٣ ـ النوع غير المنتظم (Disorganized) .

و يتميز النوع كثير التغير بأن اضطراب نظام النوم واليقظة راجع ظاهرياً إلى تغيير وقت النوم كثيراً ، و يرتبط غالباً بكثرة السفر والطيران من مناطق يختلف فيها التوقيت ، أو تغير مواعيد العمل من خلال العمل فى ورديات مختلفة ، حيث يحاول الشخص فى أيام العطلات استعادة نظام نومه العادى دون جدوى . و يلاحظ لأسباب غير معروفة تفاوت الناس فى قدرتهم على تحمل التغير المتكرر فى نظام النوم واليقظة ، فبعض الناس يعملون فى نظام ورديات عمل متغيرة عدة سنوات دون متاعب ، و بصفة عامة يعانى كبار السن من صعوبات فى التكيف مع التغيرات المتكررة لنظام النوم واليقظة و بعض الناس يحاولون الاستيقاظ خلال وردية العمل الجديدة بالإسراف فى شرب القهوة أو إجبار أنفسهم على النوم فى ساعات الراحة الجديدة بالمهدئات .

أما النوع المتقدم (أو المتأخر) فيتميز بأن بداية النوم ونهايته إما متقدمة بطريقة واضحة (أو متأخرة) بالنسبة لما يرغبه الشخص من النظام التقليدى لمجتمع معين . ففى النوع الذى يتقدم فيه نظام النوم واليقظة يأوى الشخص إلى فراشه مبكراً جداً رغماً عنه و يستيقظ من نومه فى الثالثة صباحاً أو قبلها ، أما فى النوع الذى يتأخر نظام النوم واليقظة فيجد الشخص صعوبة شديدة فى استيقاظه لمباشرة مهامه الصباحية ، وغالباً يذهب لنومه فى الثالثة صباحاً و يستيقظ فى الحادية عشرة قبل الظهر ، و يلاحظ كثيراً لدى الشباب ذوو النظام المرن فى العمل والارتباطات الاجتماعية (مثل الطلاب وغير الموظفين) ، و يكثر لدى محبى السهر (ولاد الليل) (Night people) الذين يزداد احساسهم باليقظة أثناء الليل ؛ وهذا بخلاف النوع المتقدم الذى يكثر فى كبار السن وفيه يقظة مبكرة يجب تمييزها من أرق الصباح الباكر فى حالات الاكتئاب .

أما النوع غير المنتظم فيتميز بالعشوائية حيث لا توجد فترة عظمى للنوم ، و يلاحظ لدى غير الملتزمين بنظام نوم معين و بعضهم قد يكونون كبار السن أو طريحى الفراش لمرض يتخطفون أوقاتاً قصيرة من النوم أثناء النهار ، ولا يشخص لأولئك القلائل الذين لهم حاجة تكوينية لنوم قليل ، ولا يشخص أيضاً لمن لا يسبب لهم معاناة خلال ساعات اليقظة .

و يصاحب اضطراب إيقاع النوم واليقظة الشعور بالكدر والكسل والوهن ونقص الطاقة . . ومسار الاضطراب متغير ، والإعاقة فى صورة خلل متفاوت فى العمل والعلاقات الاجتماعية ، ومن مضاعفاته عدم التركيز والحوادث والاضطرابات الجسمانية مثل قرحة المعدة .

فى تشخيص اضطراب إيقاع النوم واليقظة يحدد :

١ ــ النوم المتقدم أو المتأخر طبقاً لبداية النوم ونهايته (إما متقدم أو متأخر) ، ودون تداخل عقاقير أو ظروف بيئية بالنسبة لما يرغبه الشخص (من النمط المعتاد فى النوم واليقظة فى بيئته) .

٢ ــ النوم غير المنتظم بسبب وقت النوم غير المنتظم المتفاوت وغياب فترة عظمى للنوم .

٣ــ النوع الكثير التغير: تغير متكرر فى نظام النوم واليقظة مثل السفر إلى مناطق مختلفة التوقيت أو العمل فى ورديات مختلفة .

٤ ــ اضطرابات النوم التى لا يمكن تصنيفها فى أى مما سبق

(Dyssomnias not otherwise specified)

وتتميز بالأرق أو فرط النوم الذى لا يمكن تصنيفه فى أى من المجموعات السابقة .

ثانياً : اضطرابات المخلات بالنوم

(Parasmnias)

وتتميز بوجود حدث غير طبيعى يقع أثناء النوم أو عند العتبة بين اليقظة والنوم ، وتتركز الشكوى السائدة على الحدث ، وتشمل :

١ ــ اضطراب الكوابيس الليلية (night mare disorder) .

٢ ــ اضطراب الفزعات أثناء النوم (Sleep terror disorder) .

٣ــ اضطراب المشى أثناء النوم (Sleep walking disorder) .

٤ ــ اضطرابات مخلة بالنوم غير مصنفة فى أى مما سبق

(Parasomnias not otherwise specifed)

١ ــ اضطراب الكوابيس الليلية

(night mare disorder) (Dream anxiety Disorder)

و يتميز باستيقاظ متكرر من النوم مع استدعاء تفاصيل حلم مخيف ، وهذه الأحلام يعيشها الشخص أثناء النوم وتشمل تهديداً لحياته أو لشعوره بالأمان أو احترامه لذاته ، وخبرة معايشة الحلم أو أضطراب استمرارية النوم الناشىء عنها تسبب ازعاجاً شديداً للشخص ، وهذا الحلم الذى يعد باعثاً على القلق غالباً يتزايد مع وجود ضغوط نفسية وإلى حد أقل مع الإجهاد الجسمانى ونادراً ما يحدث مع تغير ظروف النوم ، ولا يشخص هذا الاضطراب إذا بدأ أو استمر تحت تأثير عامل عضوى أو كيميائى مثل عقار معين .

عادة تحدث نوبات الحلم المفزع خلال فترات النوم المصحوب بحركة العين السريعة (REM) ، ولكنها أحياناً قد تحدث فى أى وقت ليلاً وتزداد قرب نهاية النوم مع زيادة هذا النوع من النوم ، وخلال الحلم المفزع يوجد فورة فى الجهاز العصبى المستقل ، ونادراً ما تلاحظ حركات الجسم خلال النوبة لأن النوم المصحوب بحركة العين السريعة يرتبط بفقد قدرة العضلات وتثبيط حركة الجسم .. وعند الاستيقاظ من الحلم المخيف سرعان ما يصبح الشخص مهتديا (Oriented) و يقظاً ويمكنه إعطاء تفاصيل عن الحلم سواء مباشرة أوفى الصباح ، وكثيراً ما يجد صعوبة فى العودة إلى النوم .

ولوحظ أنه لا يوجد سيكوباثولوجى ثابت لدى الأطفال المصابين بهذا الاضطراب ، بالمقارنة بالبالغين المصابين بهذا الاضطراب الذين يظهرون سيكوباثولوجى شديد فى بعض الحالات ، وأشارت بعض الدراسات أن الاضطراب مرتبط بقدرة فنية ، وأشارت دراسات أخرى إلى سمات شخصية من عدم الثقة والاغتراب وزيادة الحساسية أو أنماط من الشخصية الشبه فصامية أو الحدية .

■ **بدء الاضطراب ومساره :**

فى أكثر من نصف الحالات يبدأ قبل سن عشر سنوات ، وفى ثلث الحالات يبدأ قبل سن العشرين ، و يبدو أن ظروفاً ضاغطة تسبق بدء الاضطراب فى حوالى (٦٠ ٪) من الحالات . ومعدل النوبات متفاوت للفرد الواحد وللأفراد المختلفين ، وأحياناً تتكرر الأحلام المفزعة ثلاث مرات أسبوعياً ، وكثيراً ما يختفى تلقائياً لدى الأطفال ، أما البالغين فإنه يظل لديهم عشرات السنين .. ولا يحدث الاضطراب إعاقة شديدة أثناء ساعات اليقظة .

و ينتشر اضطراب الكوابيس الليلية فى (٥ ٪) من عامة الناس ، و يكثر انتشاره بين النساء .

التشخيص الفارق :

لا يشخص اضطراب الكوابيس الليلية فى حالة عامل عضوى معروف مثل تعاطى عقاقير معينة (الرزربين والبنزوديازبين ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات والثيوريدازين) ، حيث لوحظ أنها تسبب أحلاماً مزعجة ، كما أن

السحب المفاجىء لمثبطات النوم المصحوب بحركة العين السريعة (REM) مثل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات يزيد من هذا النوع من النوم كرد فعل، ويزداد احتمال حدوث الأحلام المزعجة، إذا كان السبب أى من هذه العوامل العضوية يشخص الاضطراب على أنه اضطراب مخل بالنوم غير مصنف فى مكان آخر.

● **العلاج :**

نفسى لفهم الديناميات اللاشعورية الناشىء عنها الحلم المزعج، لأنه قد يكون عقاب للنفس.

٢ ـ اضطراب الفزع أثناء النوم
(Sleep Terror Disorder)

وهو اضطراب يتكرر فيه نوبات من الاستيقاظ المفاجىء من النوم، عادة البداية بصرخة هلع، تحدث عادة فى الثلث الأول من النوم خلال فترة النوم العظمى، وأثناء النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة (N.R.E.M.S) الذى يكثر فيه نشاط الموجات البطيئة (Delta) فى تخطيط الدماغ الكهربائى، وهى المراحل (٣، ٤) وتظل الحالة من دقيقة إلى عشر دقائق.

ويجلس الشخص عادة فى فراشه مفزوعاً وعلامات الخوف بادية عليه فى صورة اتساع فتحة إنسان العين والعرق الغزير ووقوف الشعر وسرعة التنفس وسرعة النبض، ولا يستجيب الشخص لمحاولات التهدئة، حتى يقل الفوارن الداخلى وتغيم الوعى، وقد يذكر الشخص بقايا حلم قبل اليقظة، ونادراً ما يكون الحلم حياً وكاملاً، ولكن المعتاد أن يتم نسيان النوبة كاملة فى الصباح، وتكثر النوبات إذا كان الشخص مجهداً أو يعانى ضغوطاً حالية.

ولوحظ أن النوبة الشديدة تسبق ببطء إيقاع تخطيط الدماغ الكهربائى فى صورة زيادة ارتفاع موجات دلتا أكثر من المعتاد، مع بطء التنفس وإيقاع القلب،

و يصاحب بدء النوبة بسرعة إيقاع القلب وكذلك تخطيط الدماغ الكهربائي بما يشبه حالة اليقظة .

وحدوث هذا الاضطراب فى الأطفال لا يصاحبه سيكوباثولوجي ثابت ، ولكن حدوثه للبالغين يصاحب بأعراض أخرى لاضطراب نفسى مثل القلق العام .

■ **بدء الاضطراب ومساره :**

يبدأ الاضطراب عادة فى الطفولة (٤ ــ ١٢ سنة) ، و يصيب الكبار أيضاً فى العشرينيات أو الثلاثينيات ، ونادراً ما يبدأ بعد سن الأربعين .. و يتفاوت المسار كثيراً فى تكرار النوبات لدى الأفراد ، فقد تحدث النوبة فى ليال متتالية وقد تتكرر على فترات أيام أو أسابيع ، وفى حالات الأطفال يختفى تلقائياً عند بلوغهم مرحلة المراهقة ، أما عندما يبدأ الاضطراب فى الراشدين فإنه يصبح مزمناً ومن مضاعفاته إمكانية حدوث إصابة أثناء النوبة بسبب الفزع الشديد وتغيم الوعى .

■ **انتشار الفزع أثناء النوم :**

تقرر نسبة (من ١ إلى ٤ ٪) أنهم أصيبوا بالاضطراب فى وقت ما من حياتهم ، وانتشاره أكثر بين الأطفال ، وخاصة الذكور .. وله نمط أسرى من الانتشار حيث يزداد بين الأقارب من الدرجة الأولى عنه بين عامة الناس .

■ **التشخيص الفارق :**

١ ــ اضطراب الكوابيس الليلية .

٢ ــ هلاوس الدخول فى النوم : تصاحب بقلق ولكنها عند بدء النوم ، وتتكون من خيالات حية عند الانتقال من اليقظة للنوم .

٣ ــ نوبات الصرع : قد تقع أثناء النوم مع تغيم وعى بعد النوبات وقد تَمْثُل شبيهة باضطراب الفزع أثناء النوم ، وحينئذ يلزم التفرقة بواسطة تخطيط الدماغ الكهربائى .

● **العــلاج :**

فى حـالـة الأطـفـال تـهـدىء الأم طـفـلـهـا دون خـوف ولا يـلـزم إلا فى حالة سـيكو باثولوجى آخر ، أما فى البالغين فيكون العلاج نفسى لفهم ظروف الشخص الـنفسية والاجتماعية ومساعدته على التكيف الداخلى ، ونادراً ما يلزم اعطاء عقار مثل الفلورازيبام بجرعات قليلة .

٣ ــ اضطراب المشى أثناء النوم
(Sleep walking disorder)

وأهـم مـلامحـه هـو تكرار نوبات من سلوكيات متتابعة تصل إلى ترك الفراش والمشى متجولاً دون وعى الشخص بالنوبة أو تذكرها ، وتحدث النوبة عادة خلال الـثـلـث الأ ول مـن الـنـوم (أى أثـنـاء النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة) والـذى يـشـمـل موجات دلتا فى تخطيط الدماغ الكهربائى ، خلال المراحل ٣ ، ٣ من هذا النوع من النوم ، وقد تظل النوبة من دقائق قليلة إلى نصف ساعة .

وخـلال الـنـوبة النمطية يجلس الشخص و يقوم بحركات وظوبية مثل مسك الـغـطـاء و بـعـدهـا يـقـوم بأفعال حركية شبه هادفة بالإضافة إلى المشى وقد تشمل اللبـس وفتح الباب ودخول الـحمام ، وأحياناً تنتهى النوبة قبل المشى .. وخلال النوبة يكون وجه الشخص شاحباً محملقاً ونسبياً غير مستجيب لمجهودات الآخرين للتـأثير على المشى أثـنـاء الـنـوم أو التواصل معه ، ويمكن إيقاظه بصعوبة ، وخلال المشى أثـناء النوم يكون التحكم الـحركى ضعيفاً ، ولكن الشخص قد يكون قادراً على رؤيـة الأشـياء والدوران حولها ، ومن قبيل الـخرافة مايشاع أن الشخص يكون فى مـأمـن أثـنـاء سيره وهو نائم ، حيث أنه كثيراً ما يسقط و يصطدم بالأشياء وقد يصاب .

وقـد يـنـتـهـى سلوك المشى تلقائياً ، وعندما يستيقظ الشخص يكون غير مدرك للبيئة من حوله (Disoriented) لعدة دقائق ، وقد يعود إلى فراشه دون الوصول إلى حـالـة الـوعـى ، وقد يستلقى فى مكان آخر ليواصل نومه حتى الصباح ، و يندهش عـنـدمـا يجد نـفسه فى الصباح نائماً فى مكان آخر .. ولا يذكر الشخص شيئاً عند

استيقاظه (سواء تم أثناء النوبة أو فى الصباح) عن ما حدث أثناء النوبة ، وقد يذكر بقايا حلم غير كامل متتابع الأحداث .

و يكشف تخطيط الدماغ أثناء النوم عن ظهور موجات بطيئة متزايدة فى الشدة فى المرحلة الرابعة من النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة تسبق النوبة مباشرة ، ولكن بمجرد أن يبدأ الشخص سيره أثناء النوم يظهر خليط من الموجات المميزة لكل مراحل النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة وضعف فرق الجهد .

قد يصاحب المشى أثناء النوم بالكلام (Somniloquy) [1] الذى يكثر كاضطراب منفصل فى الأطفال والكبار ويحدث فى كل مراحل النوم .

■ بداية الاضطراب ومساره :

يبدأ الاضطراب فى الطفولة المتأخرة (٦ ــ ١٢ سنة) ، و يظل لعدة سنوات سواء حدث يومياً ، أو على فترات متباعدة ، وغالبية الأطفال والمراهقين المصابين بهذا الاضطراب تختفى أعراضهم فى العشرينيات ، ولكن عندما يبدأ الاضطراب فى سن الرشد يميل لأن يصبح مزمناً ، ومن أهم مضاعفاته الإصابة أثناء النوبة ، والإعاقة تكون فى تجنب الشخص للنوم بالمعسكرات أو عند الأصدقاء حتى لا يكتشف الاضطراب بواسطة الآخرين .

■ انتشاره :

لوحظ أن (١٥٪) من الأطفال مروا بخبرة نوبات متباعدة من المشى أثناء النوم ، و يقرر حوالى (٦٪) أن المشى أثناء النوم أصابهم فى فترة من حياتهم ، ولكن الاضطراب نادراً بين البالغين و يكثر انتشاره بين الذكور عنه بين الإناث ، وله نمط أسرى حيث يكثر بين الأقارب من الدرجة الأولى عنه بين عامة الناس .

---

(١) عادة يكون الكلام أثناء النوم كلمات قليلة لا يمكن تمييزها ، وأحيانا تكون نوبات طويلة من الكلام عن حياة الشخص ، وليس له علاقة بالأحلام ولا يكشف عن أسرار عميقة ، وأحيانا يصاحب اضطراب الفزع أثناء النوم والكلام أثناء النوم وحده لا يستدعى علاجا .

■ التشخيص الفارق :

١ ــ نوبات الصرع النفسي حركي (Psychomotor epilepsy) ولكن فى الصرع لا يستجيب الشخص للمثيرات البيئية وتكون الحركات وظوبية مثل البلع والحك باليدين ، وتظهر النوبات أثناء اليقظة وفى تخطيط الدماغ الكهربائي يوجد ما يميزها ، ولكن وجود صرع نفسي حركي لا ينفي وجود اضطراب المشي أثناء النوم .

٢ ــ الشراد النفسي : يحدث عندما يكون الشخص مستيقظاً و يظل ساعات أو أيام ولا يضطرب الوعي فيه وعادة يرتبط بوجود سيكو باثولوجي شديد و يندر حدوثه للأطفال .

٣ ــ ثمالة النوم (Sleep drunkenness) وهو الانتقال الطويل من النوم إلى حالة اليقظة ، وقد يشبه المشي أثناء النوم إلا أنه يحدث فى نهاية النوم خلال عملية الاستيقاظ وغالباً يرتبط بسلوك عدواني .

علاج المشي أثناء النوم :

لا يلزم علاج هذا الاضطراب لدى الأطفال ولكن يؤمن عدم إصابتهم وللبالغين علاج نفسي ، وأحياناً يعطى عقار الفلورازيبام .

٤ ــ الاضطراب المخل بالنوم غير المصنف فى مكان آخر
(Parasomnia not otherise specified)

وهي اضطرابات تخل بالنوم ولا يمكن تصنيفها فى أي من المجموعات الآخرى المذكورة السابقة مثل :

١ ــ كوابيس ليلية حدثت نتيجة لتعاطي عقار .

٢ ــ نوبات صرعية تحدث أثناء النوم : التي قد ترتبط بالنوم فقط لدرجة أن يطلق عليها صرع النوم (Sleep epilesy) .

٣ ـــ احتكاك الأسنان أثناء النوم (Sleep-Related Bruxism) فيما يشبه عملية طحن الطعام ، تحدث خلال المرحلة (٢) من النوم غير المصحوب بحركة العين السريعة ، و يقرر أطباء الأسنان أن (٥ ـــ ١٠ ٪) من الناس يعانون احتكاك أسنانهم بشدة لدرجة تلف الأسنان ، ولا يشعر بها النائم ولكن قد يشعر بألم فى الفك عندما يستقيظ ، أو يشكو من ذلك من يشاركه النوم فى فراشه أو حجرته .

٤ ـــ تقلص العضلات أثناء النوم (Sleep-Related Myoclonus) خاصة فى الرِّجْل لدرجة أطلق عليها لزمة الرِّجْل غير المستريحة .. وتعالج هذه الحالات بتمرينات رياضية مع عقار الكلونازيبام (ريفوتريل) .

٥ ـــ أرجحة الرأس أثناء النوم: (Sleep_ Related Head Banging) حيث يحرك الشخص رأسه بعنف إيقاعياً يميناً و يساراً قبل النوم مباشرة أو أثنائه خاصة فى النوم الخفيف .

٦ ـــ الشلل أثناء النوم (Familial Sleep paralysis) عدم القدرة المفاجئة على الإتيان بحركة إرادية بمجرد بدء النوم أو عند الاستيقاظ .

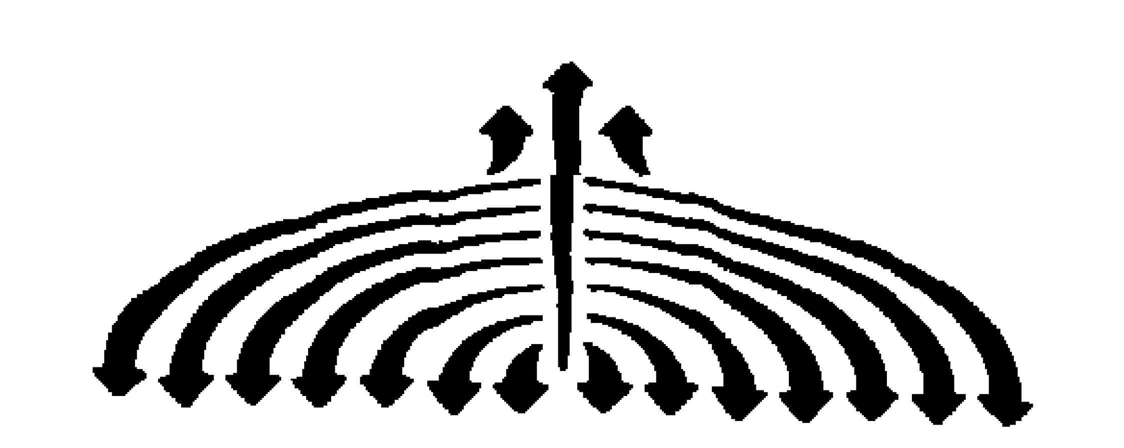
٧ ـــ الصداع النصفى المرتبط بالنوم : و يرتبط خاصة بالنوم المصحوب بحركة العين السريعة .

٨ ـــ لزمة البلع غير الطبيعى أثناء النوم : حيث يستنشق اللعاب وتنتابه الكحة .

٩ ـــ الأزمة الربوية المرتبطة بالنوم .

١٠ ـــ أعراض اضطراب القلب المرتبطة بالنوم .

١١ـ تكسر كرات الدم الحمراء أثناء النوم مما ينتج عنها دم فى البول فى الصباح . (Sleep Related Haemolysis) .



الفصل الحادى عشر

■ مقدمة :

سيدة فى الأربعين من عمرها ، متزوجة ، أجريت لها عدة عمليات جراحية دون داعى إلا شكواها المستمرة من الألم ، وتعدد دخولها المستشفيات لاجراء التحاليل أو العلاج ولكن الازعاج الذى سببته فى إحدى المستشفيات مع الفريق العلاجى جعلهم يعرضونها على الطبيب النفسى الذى لاحظ دراميتها ومبالغتها فى عرض شكواها مع شعورها بعدم السعادة فى حياتها الزوجية .

هذا مثال لحالة اكلينيكية سوف يعرض لها هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها أن تضع أهدافاً تعليمية تبغى تعلمها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟

الاضطرابات المستحدثة

(Factitious Disorders)

وهى اضطرابات غير حقيقية تتميز بأعراض جسمانية أو نفسية يستحدثها الشخص عن قصد.. فالعرض استحدث عن قصد مبنى جزئياً على قدرة الشخص على محاكاة المرض بمثل هذه الطريقة وأنه لن يكتشف، ولذا فإنه يراعى التوقيت والتخفى الذى يلزم له درجة من الحكم على الأمور ونشاط ذكائى يوحى بسيطرة إرادية، إلا أن هذه الأفعال لها سمة قهرية (بمعنى أن الشخص غير قادر على الامتناع عن سلوك خاص) حتى مع معرفته بأخطاره ولكن يجب الأخذ فى الاعتبار أن السلوكيات إرادية (بمعنى أن الشخص حريص وهادف لاستحداث الأعراض)، وهكذا يكون السلوك المرضى تحت سيطرة إرادية تستخدم للوصول إلى الأهداف التى تم تبنيها لا إرادياً.. والحكم أن السلوك المرضى مستحدث عن قصد يتم بواسطة استبعاد كل الأسباب الأخرى الممكنة للسلوك.. كما أن وجود أعراض جسمانية أو نفسية مستحدثة لا ينفى وجود أعراض حقيقية مصاحبة نفسية أو جسمانية.

وتميز حالة الادعاء (التمارض) عن الاضطرابات المستحدثة فى أن الهدف واضح ومعروف ضمن الظروف المحيطة (مثل إدعاء المرض الجسمانى لتجنب واجب الخدمة العسكرية)، بخلاف الاضطرابات المستحدثة التى يكون فيها حاجة نفسية لأخذ الدور المرضى وغياب هدف واضح ضمن الظروف الخارجية.

■ **أنواعها:**

١ ـــ اضطراب الأعراض الجسمانية المستحدثة.
٢ ـــ اضطراب الأعراض النفسية المستحدثة.
٣ ـــ الاضطرابات المستحدثة غير المصنفة فى مكان آخر.

١ ــ اضطراب الأعراض الجسمانية المستحدثة

(Factitious Disorder with physical Symptoms)

و يتميز باستحداث أعراض جسمانية عن قصد ، مثل الشكوى من ألم حاد بالبطن دون وجود لهذا الألم ، أو إيذاء النفس باستحداث خراريج فى الجسم بواسطة حقن اللعاب تحت الجلد .. ومن هذا الاضطراب تمت دراسة لزمة مونشواسن (Munchausen's Synd) وهى اضطراب مزمن يرتبط بمثول الشخص بأعراض جسمية و يتعدد دخوله المستشفى لدرجة أن الشخص يقضى حياته إما فى المستشفى أو محاولاً دخولها ، ومن الصور الشائعة سريرياً ألم شديد فى المنطقة السفلى اليمنى من البطن مصاحب بغثيان وقيء ودوخة ، أوخراريج وحميات أونزف نتيجة تعاطى مضادات التجلط ، وتعد كل الأجهزة العضو ية هدفاً مبدئياً لاستحداث الأعراض التى تمثل محدودة بمعلومات الشخص الطبية وفلسفته وتخيلا ته .

والمصابون بهذا الاضطراب عادة يمثلون بتاريخ درامى ولكنه مفرط فى الغموض وغيرمتسق عند الاستفسارعن تفاصيل أكثر، وقديتورط فى كذب مرضى غير محكم بطريقة تجذب انتباه المستمع حول أى جزء من تاريخه أو أعراضه (Pseudologia Fantastica) وهم غالباً لديهم معلومات موسعة من المصطلحات الطبية ونظم المستشفيات ، وبمجرد دخولهم إلى المستشفى يخلقون إزعاجاً لجذب انتباه الفريق العلاجى بالمستشفى ، وعدم التكيف مع نظمها ، وتكثر شكواهم من الألم وطلب المسكنات ، و بعد جهد طبى يبرهن على عدم وجود مرض يبرر الشكوى الرئيسية ، فإنهم عادة يشكون من مشاكل أخرى جسمانية ، و يستحدثون أعراضاً أخرى زائفة .. وهم أيضاً شغوفون بمكابدة عديد من الفحوصات المؤلمة والعمليات الجراحية .. وعندما يواجهون ببرهان على زيف أغراضهم فإنهم إما أن ينكروا الادعاءات أو سرعان ما يتحولون للوقوف ضد النصح الطبى ، وسوف يسعون لدخول مستشفى آخر فى نفس اليوم ، وقد يسافرون لذلك من بلد لأخر .

و يبدأ الاضطراب غالباً فى بداية الرشد مع دخول مستشفى بمرض جسمى حقيقى ، وفى المسار المزمن من هذا الاضطراب يصبح نمط دخول المستشفيات أسلوب حياة الشخص ، و يترتب على ذلك فشل الشخص فى وظيفته وعلاقاته الاجتماعية والأسرية .. ومن أهم مضاعفاته إجراء عمليات جراحية بدون مبرر وتعاطى عقاقير قد تصل بهم لدرجة الإدمان .

واضطراب الأعراض الجسمانية المستحدثة شائع ولكنه نادراً ما يكتشف ، و يرى البعض أنه نادر ولكن المزمنين من المرضى يترددون كثيراً على المستشفيات بأسماء مختلفة ، وانتشاره لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث .

■ أسباب اضطراب الأعراض الجسدية المستحدثة :

١ ــ مرض حقيقى خلال الطفولة أو المراهقة استوجب علاجاً ودخول مستشفى .

٢ ــ العمل فى مهنة قريبة من الممارسة الطبية (مثل ممرضة أو فنى تحاليل طبية) .

٣ ــ وجود سمات اعتمادية مدمرة للنفس .

٤ ــ علاقة مؤثرة بطبيب فى الماضى ، بأن كان أحد أفراد الأسرة طبيباً أو إغراء بواسطة طبيب خلال الطفولة أو المراهقة .

■ التشخيص الفارق :

١ ــ مرض جسمى حقيقى .

٢ ــ الاضطرابات جسدية الشكل : وهى شكاوى جسمانية ليس سببها مرض جسدى حقيقى ولكن الأعراض لا تستحدث عن قصد .

٣ ــ التمارض (ادعاء المرض) (Malingering) : حيث يكون للشخص هدف واضح من دخوله المستشفى و يوقف الأعراض عندما لا تصبح مجدية بالنسبة له .

٤ ــ اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع : وفيه تقل العلاقات الحميمة

بالآخرين ، وأحياناً يرتبط بالإدمان والنشاط الإجرامى ، و يبدأ الاضطراب مبكراً ، ونادراً ما يتكرر دخوله المستشفى كنمط لحياته .

٥ ــ الفصام : توجد فيه الأعراض الذهانية التى تميز الفصام .

٢ ــ اضطراب الأعراض النفسية المستحدثة

(Factitious Disorder with psychological Symptoms)

يتميز بالاستحداث المقصود أو التظاهر لأعراض نفسية (غالباً أعراض ذهانية) تشير إلى مرض عقلى (نفسى) ، وهدف المريض هو اتخاذ دور المريض ولا يفهم غير ذلك من ظروف المريض البيئية (فليس هناك هدف واضح كما فى التمارض) .. والأعراض معقدة وتزداد عندما يشعر الشخص أنه ملاحظاً من آخرين ، مثل هذا الشخص قد يدعى الاكتئاب وأفكار انتحارية ، أو يدعى فقد ذاكرة (للأحداث القريبة والبعيدة) ، أو هلاوس (سمعية و بصرية) ، أو أعراض انشقاقية وتحويلية ، وقد يكون سلبياً وغير متعاون عند الفحص بواسطة الطبيب النفسى ، والأعراض التى يظهرها تمثل مفهومه عن المرض النفسى ولا تتفق مع أى مرض نفسى .

و يصاحب الأعراض النفسية المستحدثة عرض إعطاء إجابات تقريبية [1] (Vorbeireden) أو الإجابة عن شيء آخر .. وكثيراً ما يطرأ الاضطراب على شخصية مضطربة ، وقد يستخدم الشخص عقاقير ذات مفعول نفسى سراً بغرض إحداث أعراض تشير إلى اضطراب نفسى غير عضوى (مثل الأمفيتامين لإحداث أرق والــ اس دى لإحداث هلوسة) .. والاضطراب أكثر لدى الذكور الذين لديهم اضطراب شخصية والمسار محدود بنوبة أو اثنتان وقد يصبح مزمناً ، و يفقد الشخص وظيفته وعلاقاته الاجتماعية ، و يتعدد دخوله المستشفى .

---

(١) لزمة جانسر (Ganser's Syndrome) .

■ **التشخيص الفارق :**

يصعب تمييز اضطراب الأعراض المستحدثة نفسياً من الاضطرابات النفسية ولكن الاختبارات الاسقاطية أو بندر جشطلت قد يكون مساعداً .

١ ــ الخرف (Dementia) : له سبب عضوى واضح أو باثوفسيولوجى .

٢ ــ ذهان حقيقى (كما فى حالات التفاعل الذهانى المحدود أو الفصام) .

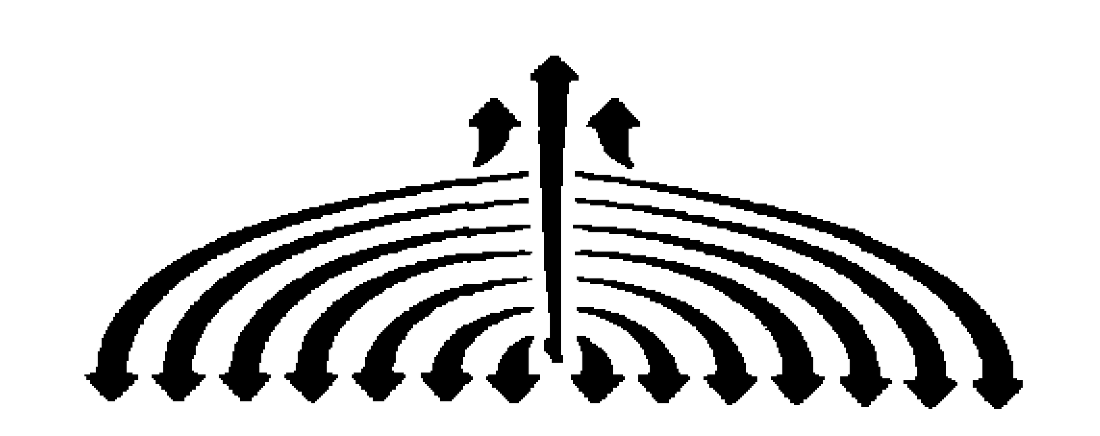
٣ ــ التمارض (ادعاء المرض) : له هدف يلاحظ من ظروفه المحيطة وتختفى الأعراض بعد الوصول للهدف أو كشف الهدف .

٣ ــ الاضطرابات المستحدثة غير المصنفة فى مكان آخر
(Factitious Disorder Not Otherwise Specified)

الذى لا يمكن تصنيفه فى أى من المجموعات السابقة مثل الذى يجمع بين الأعراض الجسمانية والنفسية .

● **العلاج فى حالات الاضطرابات المستحدثة :**

ليس هناك علاج طبى نفسى معين فى هذه الحالات والعلاج أساساً يتركز فى اكتشاف التشخيص السليم لهذه الحالات على أنها أعراض استحدثت قصداً .



الفصل الثانى عشر

■ مقدمـة :

١ ــ سيـدة فى السـادسـة والـثـلا ثين من عمرها ميسورة الـحال ، تشكوأنها تسرق أشيـاء مـن المـحـلات أو من عند صديقاتها دون حاجة إليها ، ولكنها تشعر برغبة شـديـدة فى السرقة مع توتر، وعند اقتراف السرقة تشعر بالارتياح ، ثم تشعر بالذنب بعد ذلك وأحياناً تعيد المسروقات دون معرفة صاحبها .

٢ ــ طفلة فى الـحادثة عشرة من عمرها متخلفة عقلياً ، أحضرتها أمها بشكوى أنـهـا تخـلـع شـعرها وتضعه فى فمها ، ومن خلال فحصها لوحظت مظاهر التخلف العقلى مع وجود مناطق فى رأسها خالية من الشعر .

هـذان مـثـالان لــحـالـتين اكـلينيكيتين سوف تعرض لهما فى هذا الفصل .. هل يـمـكـنـك بـعـد إعـادة قـراءتهما أن تضع أهدافاً تعليمية تبغى تعلمها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟

اضطرابات التحكم فى النزعة غير المصنفة فى مكان آخر
(Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified)

وهى مجموعة متبقية من الاضطرابات الخاصة بالتحكم فى النزعات وغير المصنفة فى مكان آخر، وتتميز بما يلى :

١ ــ الفشل فى مقاومة النزعة أو اغراء القيام بفعل ما مؤذى لأشخاص آخرين أو لشخص آخر، وقد يوجد مقاومة شعورية للنزعة (أو لا يوجد) .

٢ ــ زيادة الشعور بالتوتر أو الإثارة قبل القيام بالفعل .

٣ ــ الشعور بالسرور أو الإشباع أو الراحة فى وقت تنفيذ الفعل ، والفعل متوافق مع الذات (ego-syntonic) .

٤ ــ قد يشعر بعد الفعل بالذنب و يلوم نفسه وقد لا يحدث ذلك .

وتشمل هذه المجموعة الاضطرابات الآتية :

١ ــ الاضطراب الانفجارى المتقطع (Intermittrmt Explosive Disorder)

٢ ــ هوس السرقة (Kleptomania) .

٣ ــ المقامرة المرضية (Patholigical Gambling) .

٤ ــ هوس اشعال الحرائق (Pyromania) .

٥ ــ هوس خلع الشعر (Trichotillomania) .

١ ــ الاضطراب الانفجارى المتقطع
(Intermittent Explosive Disorder)

ويميزه نوبات متناثرة من فقد السيطرة على النزعات العدوانية يترتب عليها حماقات اعتدائية خطيرة ضد الأشخاص أو الممتلكات ، ولا تتناسب درجة العدوانية مع الضغوط النفسية أو الاجتماعية المرسبة ، و بين النوبات لا توجد علامات عدوان أو اندفاع .. و يصف الشخص النوبات بأنها تظهر خلال دقائق أو ساعات ، ثم يلوم نفسه عقب النوبة على نتائج الفعل وعدم السيطرة على نزعاته العدوانية .

قبل تشخيص هذا الاضطراب يجب استبعاد الاضطرابات الذهانية واضطراب الشخصية العضوى والمضادة للمجتمع والحدية واضطراب السلوك والانسمام بمادة ، وهى الاضطرابات التى ترتبط بفقد السيطرة على النزعات العدوانية .

و يبدأ الاضطراب الانفجارى المتقطع فى أى سن ولكن غالباً فى العقد الثانى أو الثالث من العمر ، وتختل العلاقات الاجتماعية بسبب السلوك العدوانى غير المتوقع .. وهو نادر الانتشار وإن كان يزداد لدى الذكور عنه بين الإناث .

• العلاج :

يستخدم فى علاج حالات الاضطراب الانفجارى المتقطع عقاقير الفينوثيازين وأحياناً مضادات الاكتئاب أو مضادات الصرع أو الليثيوم ، مع علاج نفسى فردى أو جماعى ، وإن كان العلاج الفردى قد يكون صعباً وخطيراً وغير مجدى فى الغالب ، والعلاج الأسرى مفيد عندما يكون مراهقاً .

٢ ــ هوس السرقة
(Kleptomania)

و يتميز بفشل الشخص فى مقاومة نزعات السرقة لأشياء ليست لازمة للاستخدام الشخصى وليس فى حاجة لقيمتها ، والأشياء التى سرقت ترمى أو تهمل أو تعاد إلى المكان الذى سرقت منه أو تخفى أو تحفظ ، وغالباً يكون الشخص ثرياً و يستطيع شراء الأشياء التى يسرقها ، ويخبر الشخص شعوراً بالتوتر قبل ارتكاب السرقة مباشرة و يشعر بالإشباع أو الراحة أثناء ارتكاب السرقة ، وهذا النوع من السرقة ليس مخططاً له ولا تؤخذ التوقعات فى الحسبان ، وتتم دون مساعدة من آخرين ، وليس له علاقة بالغضب ، ولا يشخص هذا الاضطراب إذا كان سبب السرقة هو اضطراب السلوك أو الشخصية المضادة للمجتمع .

و يصاحب هوس السرقة بأعراض اكتئاب وقلق وشعور بالذنب ، وتوجد غالباً علامات اضطراب شخصية .. و يبدأ الاضطراب فى سن الطفولة وتتزايد ثم تقل

وتصبح مزمنة ، وعادة ينتج عنها مشاكل قضائية .. وهذا الاضطراب نادر ولكنه لدى الإناث أكثر منه لدى الذكور ، وعلاجه يعطى نتائج طيبة .

■ أسباب هوس السرقة :

يعتقد المحللون النفسيون أن هوس السرقة يرجع إلى نزعات عدوانية أو إلى نزعات ليبيدية كما يعزيها بعضهم ، أو أن الشيء المسروق يرمز لمعنى معين لدى الشخص .. وغالباً يصاحب هوس السرقة اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب المزمن والقهم العصابى (Anorexia) والشره المرضى وهوس اشعال الحرائق ، وتظهر أعراض هوس السرقة عادة فى فترات الضغوط النفسية والاجتماعية الهامة (مثل الفقد والانفصال والطلاق) .

و يصنف أحد المحللين النفسيين أسباب السرقة كما يلى :

١ ــ كطريقة لإعادة العلاقة المفقودة بالأم .

٢ ــ فعل عدوانى ضد الآخرين .

٣ ــ دفاع ضد الخوف من الخصاء لدى الذكر أو سرقة بديل القضيب لدى الأنثى .

٤ ــ وسيلة للبحث عن عقاب للنفس .

٥ ــ وسيلة لإعادة اعتبار الذات .

٦ ــ تفاعل من الشخص تجاه وجود أسرار أسرية خافية عليه .

٧ ــ هياج واستبدال لفعل جنسى .

و يرى أن واحد أو أكثر من هذه العوامل يمكن أن يكون سبب لهوس السرقة .

■ التشخيص الفارق :

١ ــ السرقة المعتادة : وتكون مخططة بإتقان والأشياء المسروقة لاستخدامها أو لقيمتها .

٢ ــ الادعاء : لينفى عن نفسه تهم سرقة حقيقية .

٣ ــ اضطراب السلوك واضطراب الشخصية المضاد للمجتمع ونوبات الهوس : قد تتم فيها سرقة ولكن تظهر السمات الأخرى المميزة لكل منها .

٤ ــ الفصام : إذا حدثت سرقة تكون استجابة لضلالات أو هلاوس .

٥ ــ اضطرابات عقلية عضوية : بسبب فشل تذكر الشخص أنه دفع ثمن الشيء .

● **علاج هوس السرقة :**

العلاج النفسى التبصيرى والعلاج النفسى التحليلى ينجح كثيراً فى علاج هذه الحالات خاصة إذا كان لدى المريض دافع للعلاج .. وكذلك العلاج السلوكى بسلب الحساسية أو قلب التشريط والعلاج الزواجى تفيد أيضاً فى العلاج .

٣ ــ المقامرة المرضية
(Pathological Gambling)

و يتميز هذا الاضطراب بالمقامرة التى يفشل الشخص فى مقاومتها و ينشأ عنها تحطم شخصيته وعلاقاته الأسرية وخسارته المادية وما يترتب عليها من ديون وقروض ، و يفشل فى عمله لانشغاله بالمقامرة ، و يلجأ للنصب والاحتيال والكذب للحصول على نقود للاستمرار فى المقامرة ، و يزداد الحماس للمقامرة والانشغال بها خلال فترات الضغوط الاجتماعية والنفسية .. و يصاحبها سلوكيات مضادة للمجتمع للحصول على المال مثل السرقة والكذب وأحياناً يصاحبها القلق والاكتئاب .

عادة يبدأ اضطراب المقامرة المرضية فى المراهقة لدى الذكور و بعد ذلك لدى الإناث ، ومساره متماوج (أى فترات من الهوادة وأخرى من الاشتداد) ولكنه يصبح مزمناً ، وتمر المقامرة المرضية بثلاث مراحل هى :

١ ــ مرحلة المكسب : حيث يكسب مالاً وفيراً أول الأمر و يقع فى شرك المقامرة .

٢ ــ مرحلة الخسارة الاشتدادية : وفيها يرتب المريض حياته على المقامرة و يصبح غبياً يقامر بمخاطرة ، و يفقد عمله ويخسر نقوده .

٣ ــ مرحلة اليأس والتهور : حيث يقامر بكميات كبيرة من النقود و يتورط فى قروض وديون وكتابة شيكات بدون رصيد .. وقد يظل خمسة عشر عاماً إلى أن يصل إلى المرحلة الثالثة وعندما يصلها ينهار تماماً خلال عام واحد أو اثنان على الأكثر .. ومن مضاعفاتها الإدمان ، ومحاولات الانتحار والسرقة ضمن عصابة والوقوع تحت طائلة القانون والسجن .. و يكثر هذا الاضطراب لدى الذكور عنه بين الإناث .

■ التشخيص :

تشخص المقامرة كسلوك مضطرب بأربعة على الأقل مما يلى :

١ ــ الانشغال الكثير بالمقامرة أو بالحصول على نقود للمقامرة .

٢ ــ المقامرة كثيراً إما بمبلغ كبير من النقود أو لفترة أطول مما ينبغى .

٣ ــ الحاجة لزيادة حجم أوتكرار المراهنات للحصول على الإثارة المرغوبة .

٤ ــ عدم الاستقرار أو سرعة الاستثارة إذا لم يستطع المقامرة .

٥ ــ تكرار خسارته للنقود فى المقامرة وعودته فى يوم آخر ليعوض خسائره .

٦ ــ يبذل مجهودات متكررة لتقليل أو وقف المقامرة .

٧ ــ كثرة المقامرة حتى عندما يتوقع منه أن يفى بمسئوليات اجتماعية أو وظيفية .

٨ ــ يضحى بالأنشطة الترفيهية أو الاجتماعية أو المهنية فى سبيل المقامرة .

٩ ــ الاستمرار فى المقامرة برغم عدم قدرته على دفع ديونه أو برغم مشاكله الاجتماعية أو الوظيفية أو القانونية الهامة والتى يعرف أنها تتفاقم بالمقامرة .

■ **التشخيص الفارق :**

١ ــ المقامرة الاجتماعية مع الأصدقاء : كتسلية دون مواصفات مرضية .

٢ ــ الهوس أو الهوس الخفيف : حيث يفقد الحكم على الأمور و يكثر من المقامرة .

٣ ــ الشخصية المضادة للمجتمع : كثيراً ما ترتبط بالقمار خاصة بعد التورط فى الديون والإفلاس .

■ **أسباب المقامرة المرضية :**

هناك عوامل تهيىء لهذا الاضطراب هى :

١ ــ اختلال الأسرة والعلاقة الوالدية السيئة وتخبط حياة الأسرة الاقتصادية .

٢ ــ الانخراط فى المقامرة فى سن المراهقة .

٣ ــ تركيز الأسرة على القيمة المادية لكل شيء .

٤ ــ إدمان الزوج وغيابه عن البيت فى حالة مقامرة الإناث .

● **علاج المقامرة المرضية :**

نادراً ما يحضر المقامر طائعاً للعلاج ، وما يحضره عادة هو شكوى نفسية أخرى أو ضغوط من الأسرة أو مشاكل قضائية ، وتكونت فى بعض المجتمعات جماعات المقامرين السابقين الذين يستطيعون عن طريق اللقاءات الجماعية مساعدة المقامرين الحاليين .. وأحياناً يكون مفيداً أن يدخل المريض إلى مستشفى لإبعاده عن جو المقامرة ولتبصيره على أن يظل بعيداً عن المقامرة ثلاثة أشهر ، ثم يعالج نفسياً .

٤ ــ هوس اشعال الحرائق

(Pyromnia) (Arson)

وهو إشعال الحرائق المقصود أكثر من مرة ، و يشعر الشخص بتوتر أو إثارة وجدانية قبل إشعال النار وسرور شديد جداً أو إشباع أو تخفف من التوتر عند اشتعال الحريق أو مشاهدتها ، ولا يكون إشعال الحرائق هذا بسبب تمرد سياسى

أو لإخفاء نشاط إجرامى (سرقة مثلاً) أو التعبير عن غضب أو استجابة لضلالات أو هلاوس .

ورغم أن هوس إشعال الحرائق بسبب الفشل فى مقاومة النزعة إلا أنه قد يكون هناك إعداد جيد لبدء الحريق ، وقد يترك الشخص دليلاً واضحاً والمصابون بهذا الاضطراب غالباً يُعْرَفون كملاحظين منتظمين لحرائق جيرانهم و يظهرون اهتماماً بمقاومة الحرائق ، وقد يدفعهم إعجابهم بنيران الحرائق للتطوع فى المطافىء ، ولا يبدون انفعالاً لنتائج الحرائق المتعلقة بالأرواح والممتلكات .

يبدأ عادة هوس إشعال الحرائق فى الطفولة ، وعندما يبدأ فى المراهقة يكون الاضطراب أكثر تدميراً ، وعلاج الأطفال المضطربين يعطى نتائج طيبة ، أما الكبار المضطربون فلأنهم يرفضون و ينكرون تكون نتائج علاجهم غير مرضية .. و ينتشر الاضطراب أكثر لدى الذكور الذين تقل نسب ذكائهم مقارنة بغير المضطربين ، وغالباً ما يكون فى تاريخهم سلوكيات مضادة للمجتمع مثل الجنوح والهروب من البيت والمدرسة ، أو سمات عصابية مثل البوال أو عدوانية مثل القسوة على الحيوانات .

■ تشخيص هوس إشعال الحرائق :

١ ــ اشعال النار عن قصد بغرض إحداث حريق أكثر من مرة .

٢ ــ التوتر الذى يسبق الإشعال .

٣ ــ الإعجاب أو الاهتمام أو الفضول بموقف الحريق .

٤ ــ الاستمتاع أو الإشباع أو التخفف من التوتر عند اشعال النيران أو مشاهدة آثارها .

٥ ــ لا يكون إشعال الحرائق بغرض كسب مادى أو احتجاج سياسى أو لإخفاء جريمة أو استجابة لضلالات أو هلاوس .

■ **التشخيص الفارق :**

١ ـ الحرائق عن إهمال مثل ترك أعقاب السجائر مشتعلة .

٢ ـ المرض العقلى (مثل الفصام أو الاضطراب ثنائى القطبية) لعدم فهمه نتائج فعله أو استجابة لهلاوس أو ضلالات .

■ **أسباب هوس إشعال الحرائق :**

لقد عزى فرويد إشعال الحرائق إلى رمزيتها للجنس واثارته ودفئه ، وعزاها آخرون إلى التعطش المرضى للقوة والمكانة الاجتماعية ، فبعضهم يقاوم النيران ببطولة واضحة وهى طريقة لإفراغ الإحباط المتراكم من الشعور بالدونية الاجتماعية والجسمانية والجنسية .. وأشار عدد من الدراسات إلى أن آباء مشعلى الحرائق يتغيبون عن البيت ، ولذا فإن إشعال الحرائق يعد تعبيراً عن رغبة عودة الأب إلى البيت لإطفاء الحريق وإنقاذ الطفل من الهلاك .

● **علاج هوس إشعال الحرائق :**

فى حالات الأطفال يلزم العلاج النفسى سواء كان سلوكياً أو تحليلياً لوقايتهم من الاستمرار فى ذلك ، أما الكبار فعادة تكون دافعيتهم للعلاج ضعيفة ولذلك يلزم حصرهم ومتابعتهم كطريقة وحيدة للوقاية من خطرهم .

٥ ـ هوس خلع الشعر
(Trichotillomania)

وهى نزعات متكررة لجذب الشعر لدرجة خلعه يفشل الشخص فى مقاومتها وليس بسبب ضلالات أو هلاوس ، و يشعر الشخص المصاب بإحساس متزايد من التوتر قبل خلع الشعر مباشرة و يشعر بالراحة من خلع الشعر ، و ينتج عن ذلك مناطق خالية من الشعر وتكون فى الأماكن التى يسهل الوصول إليها من الرأس أساساً ، وأحياناً تكون الحواجب أو رموش العين أو اللحية ، و بدرجة أقل فى شعر العانة وتحت الإبطين والجذع .. وقد يضع الشخص الشعر المخلوع فى فمه ،

وعادة ينكر الشخص هذا السلوك رغم وجود مناطق خالية من الشعر يجاهد فى إخفائها ، وقد توجد علامات أخرى من تشو يه النفس مثل قضم الأظافر أو الخر بشة للجلد .

و يبدأ هذا الاضطراب فى الطفولة عادة ولكن بعض الحالات تحدث فى الكهولة ، ولكن هذه الحالات تعزى إلى اضطراب ذهانى مصاحب ، والاضطراب قد يتراجع أو يستمر لعقدين من العمر ، و ينتشر الاضطراب أكثر مما نظن خاصة بين المتخلفين عقلياً والفصام واضطراب الشخصية الحدية وإن كانت المعلومات عن انتشاره غير كافية ، و يبدو أن انتشاره أكثر لدى النساء .

■ تشخيص هوس خلع الشعر:

١ ــ فشل متكرر فى مقاومة نزعة جذب الشعر ينتج عنها مناطق خالية من الشعر.

٢ ــ إحساس متزايد بالتوتر قبل خلع الشعر مباشرة .

٣ ــ شعور بالارتياح عند خلع الشعر .

٤ ــ لا يرتبط بهذه النزعة ضلالات أو هلاوس أو التهاب جلدى فى نفس المنطقة .

■ التشخيص الفارق :

١ ــ الوسواس القهرى .
٢ ــ الأعراض الجسمية المستحدثة .
٣ ــ الأمراض السيكوسوماتية . .
٤ ــ الصلع .

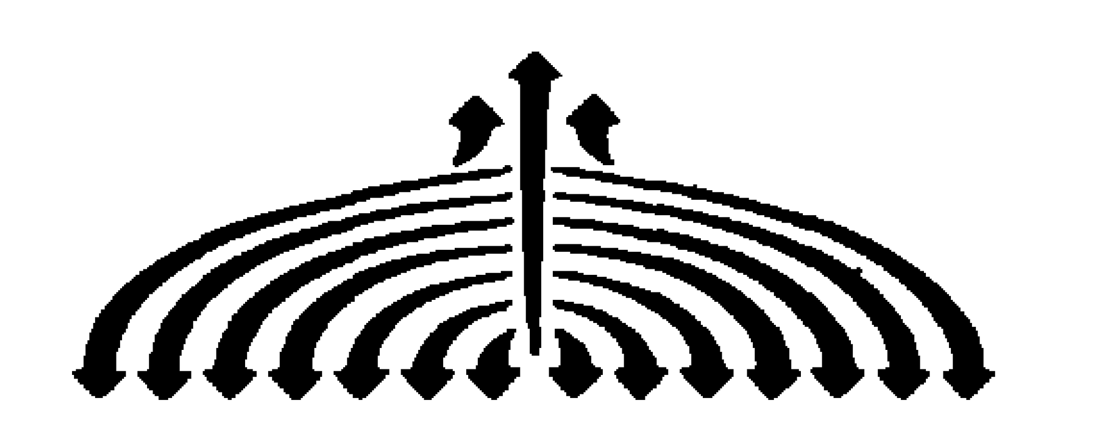
■ أسباب هوس خلع الشعر:

يرتبط بدء هذا الاضطراب بوجود عوامل ضاغطة نفسية واجتماعية أو اضطراب علاقة الطفل بالأم أو الخوف من تركه وحيداً ، أو الحزن

والاكتئاب ، كل هذه تعد عوامل مهيئة لحدوث الاضطراب ، وإن كان البعض يقرر أن الهدف الأول من جذب الشعر هو تنبيه النفس .

● العـلاج :

يعطى علاج دوائى فى صورة مضاد للقلق له خواص مضادة للهستامين (مثل هيدروكسيزين) (Hydroxyzine) ، أو مضادات الاكتئاب أو مضادات الذهان . ويمكن استخدام العلاج السلوكى (التغذية المرتجعة) و يستخدم أيضاً العلاج بالتنويم الإيحائى والعلاج النفسى الجماعى أو الفردى (لتبصيره بدينامياته النفسية) .



الفصل الثالث عشر

■ مقدمـــة :

شـاب فى الـسابـعة والـعشريـن من عمره يعمل ميكانيكاً ، سافر للعمل فى الـخارج مدة عامان وعاد ومعه مبلغ من المال وضعه فى شركة لاستثمار الأموال ، و بعد أقل من شهرين فرضت الـحراسة على هذه الشركة فأصابته حالة من الـحزن والـضيـق والـيـأس ، وأصبح يثور لأتفه الأسباب مع الكسل ورفض العمل وعدم الاهتمام بمظهره ونقص شهيته للطعام .

هـذا مـثـال لـحالة اكلينيكية سوف نعرض لها فى هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها وضع أهدافاً تعليمية تبغى تعلمها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟

اضطراب التأقلم
(Adjustment Disorder)

وهو تفاعل تكيفي لضاغط نفسي اجتماعي معروف (أو لمجموعة ضغوط) يحدث خلال ثلاثة شهور من بدء العامل الضاغط ، و يظل لمدة لا تزيد عن ستة شهور .. وتتحدد الطبيعة التكيفية للتفاعل إما بخلل وظيفي أو اجتماعي أو ظهور أعراض تزيد عن التفاعل العادى والمتوقع للعامل الضاغط .. و يفترض أن الاضطراب سوف يقل بمجرد اختفاء الضاغط ، أو يتم اكتساب مستوى جديداً من التكيف فى حالة استمرار العامل الضاغط ، ويجب الإشارة فى التشخيص إلى شدة الضاغط على المحور الرابع .

وقد يكون العامل الضاغط واحداً (مثل الطلاق) ، أو متعدد (مثل مصاعب العمل والزواج) ، وقد يكون متردداً (مثل الضاغط المرتبط بتغيرات فصلية) ، وقد يكون متصلاً ، (مثل ضاغط نفسى اجتماعى مصاحب لمرض مزمن) .. و بعض الضغوط تصاحب أحداث نمو محددة مثل الذهاب للمدرسة أو ترك منزل الوالدين فى زواج أو ولادة أطفال ، أو الفشل فى تحقيق الأهداف الوظيفية أو بلوغ سن التقاعد .

ولا تتحدد شدة التفاعل بشدة العامل الضاغط لأن الأمر يختلف حسب قابلية الناس ، فبعضهم قد يصاب باضطراب شديد بعد عامل ضاغط هين ، بينما آخرون يصابون باضطراب خفيف بعد تعرض لضاغط شديد جداً ومستمر .

ويجب عدم استخدام هذه المجموعة إذا اتفق الاضطراب مع دلالات اضطراب عقلى نوعى (مثل اضطراب الوجدان) .

■ **بدء اضطراب التأقلم ومساره :**

يبدأ الاضطراب فى أى سن خلال ثلاثة شهور من بدء حدوث العامل الضاغط ولا يظل أكثر من ستة شهور ، ولكن إذا كان العامل الضاغط حاداً مثل الفصل من العمل فإن بدء الاضطراب عادة يكون خلال أيام قيلة ، ومدته أيضاً قصيرة نسبياً ، وفى بعض الحالات يظل العامل الضاغط (كما فى حالة المرض

المزمن) لوقت طويل ويحتاج المريض وقتاً أطول ليصل إلى مستوى جديد من التكيف .. ومصير هذا الاضطراب حسن مع العلاج المناسب حيث يعود لسابق عهده وظيفياً واجتماعياً خلال ثلاثة شهور ، وقد يحتاج المراهقون وقتاً أطول لاستعادة تكيفهم .

■ انتشاره :

ينتشر هذا الاضطراب بصورة شائعة خاصة لدى المراهقين ، ولكنه يحدث فى كل الأعمار ، و يستوى فيه الذكور والإناث .

■ تشخيص اضطراب التأقلم :

يجب توفر الدلالات الآتية لتشخيصه :

١ ـ يحدث الاضطراب كتفاعل لضاغط نفسى اجتماعى (أو لضغوط متعددة) خلال ثلاثة أشهر من بدء هذا الضاغط .

٢ ـ تتحدد طبيعة اضطراب التكيف كتفاعل بواسطة : (أ ، أو ـ ب ـ أو كلاهما) :

أ ـ الخلل الوظيفى أو الاجتماعى .

ب ـ حدوث أعراض أكثر من التفاعل المعتاد والمتوقع لمثل هذا الضغط .

٣ ـ الاضطراب ليس مجرد نوع من التفاعل المبالغ فيه للعامل الضاغط أو تفاقم أحد الاضطرابات النفسية المفصلة مسبقاً .

٤ ـ اضطراب التكيف كتفاعل ظل لمدة لا تزيد عن ستة شهور .

٥ ـ لا يتفق الاضطراب مع مواصفات أى من الاضطرابات النفسية النوعية أو الفقد غير المصحوب بمضاعفات .

■ أنواع اضطراب التأقلم :

يحدد النوع طبقاً للأعراض السائدة :

١ ـ اضطراب التأقلم المصاحب بقلق وجدانى :

(Adjust Dis with anxious mood) عندما تسود الصورة الأكلينيكية أعراض الخوف والقلق والترقب .

٢ ــ اضطراب التأقلم المصاحب باكتئاب وجداني (Adjsut Dis with Depressed mood) عندما تسود الصورة الاكلينيكية أعراض الاكتئاب ومشاعر اليأس والعجز .

٣ ــ اضطراب التأقلم المصاحب باضطراب السلوك :

(Adjust.Dis.with Disturbance of Conduct)

حيث يصاحب اضطراب التأقلم بانتهاك حقوق الآخرين أو قوانين المجتمع المناسبة لسن الشخص ، مثل الهروب من المدرسة وتدمير الممتلكات العامة وقيادة السيارات بخطورة .

٤ ــ اضطراب التأقلم المصاحب باضطراب وجداني مختلط واضطراب سلوك

(Adjust.Dis.with mixed mood disturbance)

أي المصاحب بأعراض قلق واكتئاب واضطراب السلوك .

٥ ــ اضطراب التأقلم المصاحب بملامح انفعالية مختلطة .

(Adjust. Dis. with mixed Emotional Features)

مثل ثنائية الوجدان والغضب والاكتئاب والاعتمادية والقلق .

٦ ــ اضطراب التأقلم المصاحب بشكاوى جسمانية :

(Adjust.Dis.With Physical Camplaints)

مثل الصداع والاجهاد وألم الظهر .

٧ ــ اضطراب التأقلم المصاحب بالعزلة الاجتماعية :

(Adjust. Dis. With Social withrawal)

حيث تكون العزلة دون أعراض قلق أو اكتئاب ظاهرة .

٨ ــ اضطراب التأقلم المصاحب بتدهور في مستوى العمل أو الدراسة :

(Adjust. Dis. With work or Academic inhibition)

حيث يسود الصورة الاكلينيكية نقص الإنجاز في العمل أو الدراسة لشخص كان إنجازه مناسباً قبل ذلك ، وكثيراً ما يصاحب بقلق واكتئاب .

٩ ــ اضطراب التأقلم غير النوعى :

(Adjust. Dis. not otherwise specified)

وهو ما لايمكن تصنيفه ضمن الأنواع السابقة لاضطراب التأقلم .

■ التشخيص الفارق :

ــ إذا ظلت أعراض اضطراب التأقلم لمدة أكثر من ستة شهور يغير التشخيص إلى اضطراب عقلى آخر .

ــ اضطرابات الشخصية كثيراً ما تتفاقم بواسطة الضغوط ولا يجوز إضافة تشخيص اضطراب التأقلم إلا فى حالة ظهور أعراض جديدة للضاغط (مثل الاكتئاب الوجدانى فى شخصية بارانوية مضطربة لم تعان قبل ذلك من اكتئاب) حينئذ يوضع اضطراب التأقلم كتشخيص إضافى .

ــ فى العوامل النفسية المؤثرة على الحالة الجسمانية : قد يتفاعل الشخص للعامل الضاعط ولكن الأعراض السائدة أعراض جسمانية .

■ أسباب اضطراب التأقلم :

يترسب الاضطراب بعامل ضاغط ولكن شدة العامل الضاغط لا تحدد شدة الاضطراب ، حيث تشترك عوامل كثيرة مثل الشخصية وقيم المجتمع وتوقعاته للأسوياء من أفراده ، و يتفاوت العامل الضاغط من حيث تعدده وتكراره واستمراريته ، وقد يصيب العامل فرداً واحداً أو أسرة بأكملها أو مجتمعاً بأكمله .. ولقد فسر (فرو يد) حدوث الاضطراب لفرد دون آخر باختلاف البناء النفسى الذى يتفاعل مع الضغوط محدثاً التثبيت ، وأكدت النظرية التحليلية على دور الأم والتربية فى طاقة الشخص على احتمال الضغوط اللاحقة فى حياته خاصة مفهوم (و ينكوت) (Winnicott)[1] عن الأم الطيبة

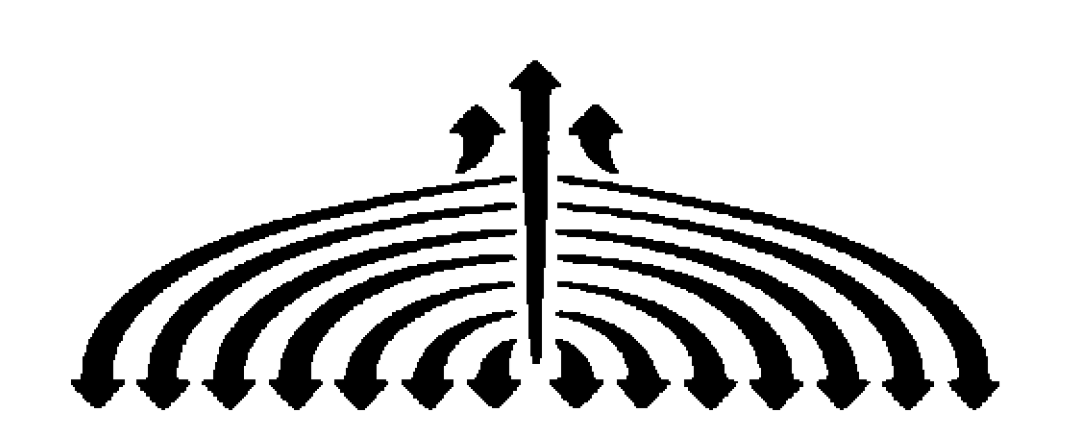
---

(١) وهو طبيب نفسى ومحلل نفسى وكان رئيسا لجمعية التحليل النفسى البريطانية ، واهتم بدراسة الطفل والأسرة والعلاقة بين الام والطفل والعالم الخارجي .

(Good-enough mother) التى تستجيب لاحتياجات الرضيع وتعطيه المساندة اللازمة للنمو وتحمل الإحباطات فى حياته.

• العــلاج :

يفضل العلاج النفسى فى حالات اضطراب التأقلم، خاصة العلاج الفردى الذى يعطى فرصة لاكتشاف العامل الضاغط ومعناه بالنسبة للمريض، وعلى المعالج أن يعى مشاكل المكسب الثانوى للمرض وما يقدمه الدور المرضى من مكافآت للشخص، ولذا فقد يكون تعاطف المعالج واهتمامه وتفهمه للمريض (اللازم لنجاح العلاج) هو نفسه قد يكون مكافأة على المرض تدعم الأعراض بدلاً من إزالتها .. وأحياناً يفيد المريض من مضادات القلق أو مضادات الاكتئاب فى حالة اشتداد أعراض القلق أو الاكتئاب.



الفصل الرابع عشر

مقدمة :

١ ــ فتاة فى الواحدة والعشرين من عمرها ، طالبة تنتابها حالات من صعوبة التنفس وضيق الصدر، شخصت بواسطة أخصائى الأمراض الصدرية على أنها أزمة شعبية (ربوية) ، ثم حولها إلى الطبيب النفسى .

٢ ــ طالب فى الثانوية العامة ، أحضره والده للطبيب النفسى بسبب فشله فى الحصول على الثانوية العامة ، مرتين متتاليتين ، رغم أن ذكائه لا يقل عن المتوسط ، وبفحصه لم تلاحظ علامات اضطراب نفسى .

هذان مثالان لحالات تعرض للطبيب النفسى ، هل يمكنك بعد إعادة قراءتهما أن تضع أهدافاً تعليمية تبغى معرفتها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟

الاضطرابات الجسمانية الناشئة عن عوامل نفسية
(Psychological Factors Affecting physical condition) or
(Psychosomatic Disorders)

هذه المجموعة من الاضطرابات أطلق عليها السيكوسوماتيك بواسطة هينروث (١٨١٨) عندما استخدمها فيما يتعلق بالأرق (Insomnia) ، ثم اتسعت بعد ذلك لتشمل التهاب القولون المتقرح وقرحة المعدة والاثنا عشر والشقيقة وصداع التوتر، والأزمة الشعبية والتهاب المفاصل الروماتويدى والذبحة الصدرية وألم الدورة الشهرية وحب الشباب وكثرة التبول ، وتشير التسمية إلى وجود أسباب نفسية وراء أعراض بدنية ، ويمكن تطبيق هذه المجموعة التشخيصية على أى حالة جسمانية تعزى إلى عوامل نفسية ، سواء كانت العوامل النفسية تتسبب فى بدء الحالة أو تفاقمها .

ويجب عدم استخدام هذه المجموعة فى تشخيص اضطراب التحول أو الاضطرابات الجسدية الشكل حيث تفهم هذه الاضطرابات فى إطار المكونات النفسية فقط .

● العلاج :

هناك محاولات لعلاج هذه الاضطرابات النفسية الجسدية علاجاً نفسياً بجانب العلاج العضوى ولكن مازالت النتائج فى هذا المضمار محل خلاف .

الحالات التى تَمْثُل للعلاج ولا تعزى لمرض نفسى

وهى الحالات التى تَمْثُل للعلاج وليس بها مرض نفسى أو عقلى ، أو أن المعلومات المتاحة لا تكفى لتشخيص المرض النفسى ، وقد يكون لدى الشخص الماثل للعلاج مرض نفسى معروف ولكن الاهتمام ينصب على حالة غير المرض مثل من لديه اضطراب ثنائى القطبية ولكنه يَمْثُل لمشكلة زواجية ليس لها علاقة بالمرض .. وهذه الحالات هى :

١ ــ مشكلة دراسية : نقص الإنجاز الدراسي مع مستوى ذكاء مناسب فى غياب اضطراب نمو محدد أو أى مرض عقلى آخر يكون مسئولاً عن المشكلة .

٢ ــ سلوك مضاد للمجتمع لشخص راشد : مثل سلوك اللصوص المحترفون أو تجار المخدرات .

٣ ــ السلوك المضاد للمجتمع من طفل أو مراهق .

٤ ــ المشكلة الزواجية مثل الطلاق أو الهجران .

٥ ــ رفض أخذ علاج طبى دون مرض نفسى مثل من ينكر مرضه أو لاعتقادات دينية .

٦ ــ مشكلة فى العمل ليس سببها مرض عقلى .

٧ ــ مشكلة بين الطفل والأب : دون مرض عقلى ، أو الصراع بين الأهل والمراهق فى اختيار أصدقائه .

٨ ــ مشاكل مع الأصدقاء أو المحبوب .

٩ ــ مشاكل الإخوة فى البيت دون مرض عقلى .

١٠ ــ مشكلة خاصة بمرحلة أو ظروف حياتية معينة .

١١ ــ ادعاء المرض (Malingering) بإظهار أعراض جسمانية أو نفسية زائفة لهدف خارجى واضح مثل الهروب من الخدمة العسكرية أو الحصول على تعويض أو عقار يدمنه .. ويجب أن نشك فى ادعاء المرض فى الأحوال الآتية :

١) فى الاطار الطبى الشرعى .

٢) عدم مناسبة ما يشكو منه من عجز مع ما يلاحظ من مشاهدات .

٣) عدم التعاون أثناء الفحص والتشخيص .

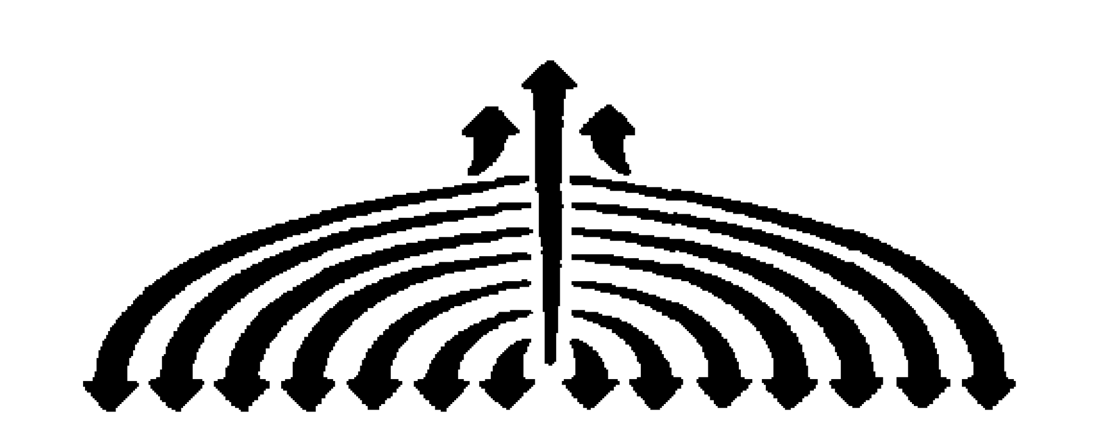
٤) وجود اضطراب شخصية مضاد للمجتمع .

وفى الادعاء يكون الهدف خارجى وليس هناك ما يدعو لأخذ الدور

المرضى داخلياً ، ولديه مشاعر تعبيرية بخلاف الهستيريا ، والأعراض لا تتحسن بالإيحاء أو التنويم أو بحقن الأميتال .

١٢ـ الفقد غير المصحوب بمضاعفات (Uncomplicated Bereavement) الذى يكون تفاعلاً لفقد عزيز، حيث توجد مشاعر الحزن العادية ونقص الشهية للطعام ونقص الوزن والأرق ، وقد يكون تفاعل الفقد مباشراً أو متأخراً بعد شهرين أو ثلاثة ، وتتفاوت فترة التفاعل للفقد حسب الثقافة والبيئة .

١٣ـ الأداء الذكائي الحدى :(Bonderline intellectual Functioning) الذى يوصف على المحور الثانى و يكون معدل الذكاء (٧١ ــ ٨٤) .



الفصل الخامس عشر

مقدمة :

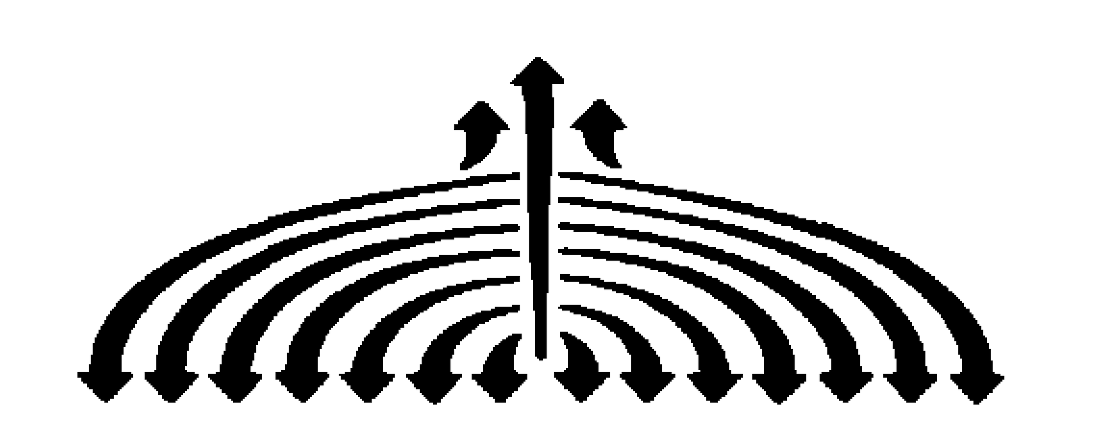
١ ـ رجل فى الخمسين من عمره فى منصب كبير، شكاك لا يثق فيمن حوله حتى مساعديه ، و يندفع فى مقاضاة الآخرين لأ تفه الأسباب ، حذر جداً فى معاملاته مع الآخرين ، لا يسمح لأحد مهما كان بانتقاده ، وإذا حاول أحدهم عرض وجهة نظر مخالفة كان عدائياً تجاهه وربما حول الأمر للقضاء رغم أنه يحترم جداً من هم أعلى منه منصباً ويملكون عليه سلطان .

٢ ـ رجل فى الأربعين من عمره لم يصب سوى قدراً يسيراً من التعليم ، حصل بطريقة ما على قطعة أرض للبناء السكنى ، فاستغلها فى النصب على طالبى السكنى بأخذ مقدمات تمليك منهم ، كما أخذ قروضاً من البنوك ، ولم يف بأى من التزاماته مما ترتب عليه صدور أحكام قضائية ضده ، حيث فرضت الحراسة على ممتلكاته وتم وضعه فى السجن .

٣ــ سيدة فى التاسعة والعشرين من عمرها تهتم بمظهرها جداً وترغب فى لفت الأنظار إليها ، خاصة الرجال التى تتعامل معهم بإغواء وتدلل ، وتضخم الأحداث البسيطة ، وتعبر عن معاناتها فى درامية استعراضية ، كما أنها باردة فى علاقتها الجنسية مع زوجها ، وسطحية التفكير والانفعال ، ولديها قابلية للإيحاء .

٤ ــ رجل فى الأربعين من عمره ، منظم ودقيق وغير مرن فى تعاملاته مع الآخرين ، مسيطر فى فرض رأيه وأسلوبه على أهله ، يمنطق الأمور و يدرسها بتفاصيل ، ورغم ذلك يؤجل قراراته خوفاً من الخطأ ، ذو ضمير قاس ، شديد الانتقاد لنفسه والآخرين ، بخيل فى تعاملاته المادية ، لا يعبر عن سعادة إلا نادراً ، مع حساسية شديدة للانتقاد .

هذه أمثلة لشخصيات نتعامل معها وقد لا تحضر لطلب المساعدة الطب نفسية سوف نعرض لها فى هذا الفصل .. هل يمكنك بعد إعادة قراءتها وضع أهداف تعليمية تبغى تعلمها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟



اضطرابات الشخصية
(Personality Disorders)

تعرف اضطرابات الشخصية بأنها الأنماط من الشخصية التى تكون غير مرنة وغير متكيفة و ينشأ عنها فشل اجتماعى أو وظيفى أو معاناة ذاتية ، ويمكن التعرف على مظاهر اضطراب الشخصية من المراهقة أو قبلها وتستمر معظم الحياة البالغة برغم أنها تصبح أقل وضوحاً فى منتصف العمر أو الشيخوخة .

ويجب أن لا تشخص اضطرابات الشخصية إلا عندما تكون ملامحها المميزة منطبقة على الشخص لوقت طو يل من حياته وليست مقتصرة على فترة بعينها وليست لها بداية محددة وإنما تتطور مع نمو الشخص .

وكثيراً ما يكون مضطرب الشخصية غير راض بسبب تأثير سلوكه على الآخرين ، أو لعدم قدرته على الأداء الفعال لوظيفته .. وقد يحدث هذا حتى فى حالة كون الأنماط المؤدية إلى هذه الصعوبات متوافقة مع الأنا (Ego-syntonic) (أى أن سمات الشخصية لا تعتبر مرفوضة من الشخص نفسه) ، وفى حالات أخرى قد تكون الأنماط غير متوافقة مع الأنا (Ego-dystonic) ولكن يجد الشخص صعوبة فى تغييرها رغم ما يبذله من محاولات .. واضطرابات الوجدان (القلق والاكتئاب) شائعة كشكوى رئيسية مصاحبة لاضطراب الشخصية .

■ تشخيص اضطرابات الشخصية فى الطفولة والمراهقة :

هناك اضطرابات شخصية محددة تعزى إلى مجموعات تشخيصية نمطية ضمن الاضطرابات التى تظهر فى الطفولة أو المراهقة ، فمثلاً اضطراب السلوك قد يؤدى إلى اضطراب الشخصية المضاد للمجتمع ، واضطراب التجنب قد يؤدى إلى اضطراب الشخصية المتجنبة ، واضطراب الهو ية قد يؤدى إلى اضطراب الشخصية الحدية .. ولذا فإن تشخيص اضطراب السلوك أفضل من تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فيمن هم دون الثامنة عشرة ، حيث أشارت الدراسات إلى أن عديداً من الأطفال ذو السلوك المضاد للمجتمع لا يستمرون

يظهرون سلوكاً مضاد للمجتمع فى الرشد ، كما أن اضطراب السلوك قد يشخص فى الرشد عندما لا تتوافر السمات الكاملة لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .. و يشخص اضطراب الشخصية التجنبية والحدية فى الأطفال والمراهقين أفضل من تشخيص المجموعات المناظرة فى الطفولة إذا وجدت سمات اضطراب الشخصية بعمق وثبات وليس محصوراً فى مرحلة نمو .. أما المجموعات الأخرى لاضطراب الشخصية فقد تطبق فى الحالات غير المعتادة التى توجد فيها سمات خاصة من سوء التكيف وتبدو ثابتة .

■ بداية اضطراب الشخصية ومسارها :

يبدأ اضطراب الشخصية فى المراهقة (وأحياناً قبلها) أو بداية الرشد ، وتظل معظم حياة الشخص ، وهم يضايقون الآخرين بسلوكهم فتضطرب علاقاتهم بالآخرين ، ولا يحركهم دافع للعلاج فيظلون على حالهم من الاضطراب وعدم الاستبصار .

■ تصنيف اضطرابات الشخصية :

تصنف اضطرابات الشخصية إلى ثلاث مجموعات هى :

١ ــ مجموعة (أ) وتشمل الشخصيات الاضطهادية والشبه فصامية وفصامية النوع .. وأصحاب هذه الشخصيات يبدون غريبو الأطوار منعزلون .

٢ ــ مجموعة (ب) وتشمل الشخصيات المضادة للمجتمع والحدية والنرجسية وشبه الهستيرية ، وهؤلاء دراميون انفعاليون ذو و شطط .

٣ ــ مجموعة (جـ) وتشمل الشخصيات المتجنبة والاعتمادية والوسواسية والعدوانية السلبية ، وهم قلقون خائفون .

٤ ــ مجموعة متبقية تشمل اضطراب الشخصية غير المحدد فى مكان آخر ، ويمكن استخدامه فى اضطرابات الشخصية الأخرى أو الحالات المختلطة التى لا تتفق مع الأنواع المحددة لاضطراب الشخصية الموصوفة فى الأنواع السابقة .

وأحياناً يصعب وضع تشخيص واحد لاضطراب الشخصية حيث توجد سمات أكثر من واحدة حينئذ يشخص أكثر من اضطراب للشخصية .

■ أسباب اضطراب الشخصية :

١ ـ عوامل بيولوجية :

أ ـ الجينات الوراثية : لوحظ زيادة كبيرة فى معدل تطابق الشخصية لدى التوائم المتماثلة عنه لدى التوائم غير المتماثلة . كما لوحظ زيادة المجموعة (أ) من اضطرابات الشخصية (الاضطهادية وشبه الفصامية وفصامية النوع) بين أقارب الفصاميين ، وهناك تهيئة جينية مشتركة فى الشخصية المضادة للمجتمع وإدمان الكحول ، و يشيع الاكتئاب فى الأسر التى ينتمى إليها أصحاب الشخصية الحدية ، كما أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين الشخصية الهستيرية واضطراب التجسيد .

ب ـ الدراسات البيوكيميائية : حيث أشارت أن الأشخاص المندفعين لديهم معدل مرتفع من هرمون التستوستيرون ، و يرتبط بزيادته أيضاً العدوان والسلوك الجنسى . وأشارت إلى أن انخفاض معدل الانزيمات المؤكسدة للأمينات الآحادية فى الصفائح الدموية يرتبط بالنشاط والاجتماعية فى قرود التجارب ، وتأكد ذلك فى دراسة على طلاب الجامعة .

جـ ـ عوامل عصبية : لوحظ ارتباط التلف الطفيف فى الدماغ فى الطفولة يرتبط بحدوث الشخصية المضادة للمجتمع بعد ذلك .

٢ ـ عوامل نفسية :

أ ـ النظرية التحليلية : اعتقد (فرو يد) أن سمات الشخصية تنتج من التثبيت على مرحلة ما من مراحل النمو ومن التفاعل بين النزعات والأشخاص فى البيئة ، وحدد عدة أنواع للشخصية طبقاً لذلك هى :

١ ـ الشخصيات الفمية (Oral Characters) : الذين يكونون سلبيين ومعتمدين و يفرطون فى تعاطى الطعام وما يشبهه .

٢ ـ الشخصيات الشرجية (Anal Characters) : وتتميز بالصرامة والبخل والدقة والعناد .

٣ ــ الشخصيات الوسواسية (Obsessional Characters) : الذين يكونون متصلبين يسيطر عليهم الأنا الأعلى المتميز بقسوته .

٤ ــ والشخصيات النرجسية (Narcissistic Characters) : و يتميزون بالعدوان والتمركز حول الذات (١) .

٣ ــ عوامل اجتماعية ثقافية :

لوحظ أن التفاعل الذى يحدث بين مزاج الطفل (Temperment) ومزاج الأب (أو الأم) أو من ينوب عنه أثناء التربية فى الطفولة ، فالطفل القلق الذى ترعاه أم قلقة يكون لديه قابلية أكثر لاضطراب الشخصية من الطفل الذى تربيه أم هادئة . كما أن الثقافات التى تنمى العدوان وتشجع عليه تهيىء لاضطراب الشخصية الاضطهادية أو المضادة للمجتمع ولوحظ أن البيئة المعيشية الضيقة تظهر الطفل أكثر حركة بينما البيئة المتسعة لحركته تظهره طبيعياً سواء كان ذلك فى فصل دراسى أم منزل .

وفيما يلى تفصيل لاضطراب الشخصية كل نوع على حدة . .

١ ــ اضطراب الشخصية الاضطهادية (البارانوية)
(Paranoid Personality Disorder)

وتتميز بالشك غير المنطقى وعدم الثقة فى الناس بوجه عام ، ولا يعترفون بمسئوليتهم عن مشاعرهم بل يعتبرون الآخرين مسئولين عنها ، فأفعال الناس محقرة له أو مهددة .. فغالباً يوجد لدى الشخص توقع أنه مضطهد أو أنه يُؤذى من الآخرين بطريقة ما ، وكثيراً ما يتشكك الشخص المصاب بهذا الاضطراب دون منطق فى ولاء أصدقائه أو ثقته فيهم ، وغالباً يكون لديه غيرة مرضية ، حيث يدعى دون مبرر خيانة شريك حياته ، وتفجر المواقف الجديدة شعوره بالاحتقار

---

(١) التفاصيل عن الشخصية واسهامات المدارس النفسية المختلفة فى فهمها ذكرت ضمن فصل الشخصية .

والتهديد ، و يسهل استفزاز مثل هذا الشخص فيندفع فى شجارت لا داعى لها ، وقد يحمل الكراهية لوقت طويل ولا ينسى الإساءة و يتردد أن يثق فى الآخرين لخوف أن تستخدم المعلومات (التى يدلى بها) ضده . والمصابون بهذا الاضطراب عادة متيقظين بدرجة زائدة و يأخذون حذرهم ضد أى تهديد ، و يتجنبون اللوم حتى عندما يكون لسبب منطقى ، و ينظر إليهم الآخرون على أنهم حذرين كتومين غير مباشرين ومدققين .

وعندما يوجد صاحب الشخصية البارانوية فى موقع جديد فإنه يبحث بشدة لتأكيد توقعاته دون فهم الإطار العام ، واستنتاجهم النهائى عادة يحسم ما توقعوه فى أول الأمر ، وغالباً تكون لديهم أفكاراً إشارية (Reference) عابرة مثل أن الآخرين يلحظونه بشكل خاص أو يقولون عنه أشياء غير سارة .

■ الأعراض المصاحبة لاضطراب الشخصية الاضطهادية :

سرعة الاستثارة وتعقيد الأمور ، فهم يضخمون الأمور الصغيرة (يعملون من الحبة قبة) ، ولديهم صعوبة فى الاسترخاء ، و يبدون مشدودين ، ولديهم ميول للشجار عند أى تهديد ، و ينتقدون الآخرين ، وغالباً يحولون الأمور إلى المحاكم والقانون ، ولديهم صعوبة فى قبول النقد لأنفسهم .. وفعالية أصحاب الشخصية البارانوية محدودة ، وقد يظهرون (باردين) تجاه الأخرين ، ليس لديهم إحساس حقيقى بالفكاهة ، وقد يفخرون بأنهم دائماً موضوعيون ومنطقيون وأنهم غير انفعاليين ، وتنقصهم الرقة والمشاعر الطيبة من الرأفة .

وأحياناً يرون من قبل الآخرين كملاحظين حاسمين ذو طاقة عالية ، شكاكين وقادرين ، ولكن الأكثر هو ظهورهم كعدائيين عنيدين دفاعيين ومتصلبين رافضين للحلول الوسط ، وكثيراً ما يختلقون المصاعب والتعقيدات ، و يثيرون الخوف لدى الآخرين ، فهم غالباً يخافون من فقد استقلالهم أو تشكيل قوة الأحداث طبقاً لرغباتهم .. وعادة يتجنبون الألفة عدا مع أولئك الذين يثقون فيهم ثقة مطلقة ، و يظهرون حاجة شديدة ليكونوا مكتفين ذاتياً بسبب التمركز حول الذات وتضخيم أهمية الذات ، و يتجنبون المشاركة فى الأنشطة الجماعية ، إلا إذا كانوا فى موقع مسيطر.

ويلاحظ اهتمام أصحاب الشخصية الاضطهادية بالالكترونيات والآلات الذاتية ولا يهتمون بالفن أو الإحساس الجمالى ويعون بشدة موقع القوة ومن هو أعلى ومن هو أدنى ، وغالباً يحسدون من هو فى موقع القوة ويحتقرون من يرونهم ضعفاء أو مرضى .. وهم عرضة للشعور بأعراض ذهانية عابرة فى فترات التعرض للضغوط .

■ مسار اضطراب الشخصية الاضطهادية ومضاعفاتها ومآلها :

تبدأ فى بداية الرشد ولا توجد دراسات تتبعية طويلة للشخصية الاضطهادية تحدد مسارها ، ولكن فى بعض الحالات يكون الاضطراب طيلة الحياة وفى بعضها يكون بداية للفصام أو لاضطراب ضلالى ، وفى بعضها تقل حدة الاضطراب بالنضج ، ونادراً ما يبحث المصاب به عن علاج خاصة وأن بعضهم متعاظمون ويَـمْـثُـلون كقادة لجماعات متطرفة .. والإعاقة تكون فى صورة مشاكل فى العمل خاصة فى العلاقة بالسلطة أو المساعدين ، وفى الحالات الشديدة تختل العلاقات بصورة بارزة .

■ التشخيص الفارق :

١ ـــ الاضطراب الضلالى والفصام الاضطهادى : حيث يتميزان بأعراض ذهانية ثابتة .

٢ ـــ الشخصية المضادة للمجتمع : وتشترك معها فى صعوبة إقامة علاقات اجتماعية ونقص الإنجاز الوظيفى .

٣ ـــ الشخصية شبه الفصامية : وتتميز بالغرابة والبرود والانزواء ، ولكن ليس لديه أفكار اضطهادية بارزة .

● علاج الشخصية الاضطهادية :

يعتبر العلاج النفسى هو المفضل فى هذه الحالة ، ولكن على المعالج أن يعى أن مناطق الثقة والألفة والتحمل من قبل المريض مضطربة ، ولذا يلزم معالج

متمرس .. والعلاج الجماعى غير مناسب لهؤلاء المرضى .. أحياناً يلزم بعض العقاقير فى حالات الفوران الداخلى أو القلق ، وفى بعض الحالات قد يكفى عقار (الديازيبام) وأحياناً يلزم مضادات ذهان مثل (الهالو بيريدول) بجرعات قليلة ولفترات قصيرة .

٢ ـ اضطراب الشخصية شبه الفصامية
(Schizoid Personality Disorder)

و يتميز المضطربون بنمط يسود حياتهم من العزلة الاجتماعية وعدم التمايز للعلاقات الاجتماعية وضيق المدى الانفعالى خبرة وتعبيراً ، وتبدأ فى أول الرشد .. وهم لا يرغبون ولا يستمتعون بالعلاقات الحميمة ، فيفضلون أن يظلوا وحيدين ليس لهم أصدقاء مقربين يثقون بهم أو يكون واحداً فقط بالإضافة إلى أقارب الدرجة الأولى ، ولذا فهم دائماً يختارون أنشطة فردية وهم غير معبرين (عدم تمايز) فى حالات المدح أو الذم ، ونادراً ما يخبرون انفعالات قوية مثل الغضب والسرور ، فهم فى الحقيقة ضيقو الوجدان ، ولذا يبدون باردين ومتباعدين وجدانياً .

و يصاحب ذلك عدم القدرة على إظهار العداء وغموض الأهداف والانطواء ولنقص المهارات الاجتماعية أو الرغبة فى خبرات جنسية فإن الذكور المصابون بهذا الاضطراب عادة غير قادرين على إقامة ألفة مع امرأة أو الزواج منها ، ونادراً ما يتزوجون .

■ البداية والمسار والإعاقة :

تبدأ الشخصية شبه الفصامية فى الطفولة ، وتظل لفترة طويلة ولكن ليس بالضرورة أن تظل طيلة الحياة ، وليس معروفاً النسبة التى تتحول منها إلى اضطراب الفصام ، وتتمثل الإعاقة فى ضيق العلاقات الاجتماعية ، وقد يختل الأداء الوظيفى خاصة إذا لزم الاندماج مع آخرين ، ولكن من ناحية أخرى قد يكونون قادرين على زيادة الأداء الوظيفى فى المواقف التى تستدعى إنجازاً عملياً فى ظل ظروف معزولة اجتماعياً .

■ **الانتشار:**

رغم ملاحظة انتشار هذا النمط من الشخصية إلا أن حصرها فى الممارسة الإكلينيكية قليل .

■ **التشخيص الفارق :**

١ ـ الشخصية فصامية النوع (Schizotypal) يوجد شطحات غريبة فى التفكير والسلوك ، ولهم أقارب فصاميون بخلاف شبه الفصامية .

٢ ـ اضطراب الشخصية التجنبية : ترجع العزلة الاجتماعية لزيادة الحساسية للرفض وتوجد رغبة فى عمل علاقات اجتماعية ولكن يحتاج لضمانات قوية للقبول وعدم النقد .

٣ ـ اضطراب الشخصية الاضطهادية : وتتميز ببروز الأفكار الاضطهادية .

● **علاج الشخصية شبه الفصامية :**

يشبه العلاج فى حالة الشخصية الاضطهادية ، ولكن صاحب الشخصية شبه الفصامية يتفق مع توقعات المعالج من الاستبطان (Introspection) ورؤية الذات من الداخل ، ولكن قد يفرط فى الخيال مستغلاً ثقة المعالج .. ولكن العلاج الجماعى مفيد له أيضاً (شريطة أن تحميه المجموعة من نوباته العدوانية) حيث تتيح له تفاعلاً اجتماعياً .

٣ ـ اضطراب الشخصية فصامية النوع

(Schizotypal Personality Disorder)

تتميز الشخصية فصامية النوع بنمط متعمق من غرابة التفكير والمظهر والسلوك وقصور فى العلاقات مع الأخرين ، وليست شديدة بما يكفى لتشخيص الفصام .. يضطرب فيها محتوى التفكير حيث يشمل أفكاراً اضطهادية والتشكك وأفكاراً إشارية واعتقادات غريبة وتفكير سحرى لا يتفق مع أسوياء بيئته و يؤثر على

سلوكه ، مثل الاعتقاد فى الخرافات والكشف والتخاطر أو الحاسة السادسة (عندما لا يكون ذلك جزء من نظام الثقافة السائدة) ، فى حالة الأطفال والمراهقين قد توجد خيالات غريبة أو انشغالات ، أو خبرات إدراكية غير معتادة قد تشمل الخداعات (Illusions) والإحساس بوجود قوة أو شخص ليس موجود فعلاً ، و يظهر فى كلام الشخص غرابة ملحوظة ولكن لا يشير إلى فقد الروابط (Loose association) أو عدم التناسق و يكون الكلام غامضاً ، أو غير مناسب التجريد ، وقد يعبر عن المفاهيم بغرابة وغموض ، وقد يستخدم الكلمات بطريقة غير معتادة .. والمصابون بهذا الاضطراب ذوو سلوك ومظهر غريبين وهامشين .

وعلاقتهم مع الأخرين مختلة إلى حد كبير بسبب نقص التعبير الوجدانى وسخافتهم البادية ، فنادراً ما يظهرون تعبيرات بالوجه مثل الابتسام أو الإيماء ، وليس لهم أصدقاء مقربين ، وأحياناً صديق واحد فقط ، و ينتابه القلق إلى أقصى درجة فى المواقف الاجتماعية التى تضم أشخاصاً غير مألوفين لديه .

و يصاحب اضطراب الشخصية فصامية النوع بخليط من القلق والاكتئاب وأحياناً بملامح من الشخصية الحدية وخلال فترات التعرض للضغوط الشديدة قد تظهر أعراض ذهانية ولكنها لا تكفى لإضافة تشخيص الذهان .

■ المسار والتنبؤ بالمآل :

لوحظ أن (١٠٪) من مضطربى الشخصية فصامية النوع ينتحرون و بعضهم يتحول إلى فصام ، وتشير الملاحظات الاكلينيكية أن هذه الشخصية هى شخصية قبل المرض فى حالات الفصام ، ولكن العديد من أصحاب الشخصية فصامية النوع يمكنهم أن يتزوجوا و يعملوا رغم غرابة طباعهم .

■ الانتشار :

يصل معدل انتشار اضطراب الشخصية فصامية النوع إلى (٣٪) وتكثر بين أقارب الدرجة الأولى للفصاميين .

■ **التشخيص الفارق :**

١ ــ الفصام (النوع المتبقى) : وفيه تاريخ لمرحلة فصام نشطة .

٢ ــ اضطراب الشخصية شبه الفصامية والتجنبية : لا يوجد فيهما غرابة فى التصرفات والتفكير والإدراك والكلام .

٣ ــ اضطراب الشخصية الحدية : إذا وجدت دلالات تشخص كلاهما يوضع التشخيصان .

٤ ــ اضطراب الشخصية الاضطهادية : و يسيطر عليها الشك والأفكار الاضطهادية دون غرابة فى التصرفات .

● **علاج الشخصية فصامية النوع :**

تعطى مضادات الذهان لتخفيف أعراض اضطراب التفكير والإدراك ، مع العلاج النفسى .

٤ ــ اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

(Antisocial Personality Disorder)

وتتميز بالسلوك المضاد للمجتمع المستمر بدءاً من الطفولة أو بداية المراهقة وتظل للحياة البالغة .. وعلاماتها فى الطفولة هى الكذب والسرقة والهروب من البيت أو المدرسة وانتهاك حقوق الآخرين والشجارات والاعتداء الجسمانى على الآخرين ، و يستمر النمط المضاد للمجتمع فى الكبر حيث يفشل الشخص فى العيش شريفاً كأب أو مسئول ، كما يفشل فى المحافظة على عمله وفى الانصياع لقوانين المجتمع ، فيكرر الأفعال المضادة للمجتمع فيكون عرضة للمساءلة القانونية .

وأصحاب الشخصية المضادة للمجتمع يكونون سريعو الاستثارة عدوانيون و يتصرفون بإهمال دون مراعاة لسلامة الآخرين (مثل قيادة السيارة وهم مخمورون) ، وفى علاقاتهم الجنسية لا يحافظون على علاقة واحدة لأكثر من سنة ، ولا يلومون أنفسهم عندما يسيئون بتصرفاتهم للآخرين .

و يصاحبها أعراض الإدمان والممارسات الجنسية المبكرة وأعراض اضطراب التجسيد ، مع التوتر وعدم القدرة على تحمل الملل والاكتئاب ، وتضطرب علاقاته بالآخرين بسبب تصرفاته التى تسيىء للآخرين واقتناعه أنهم عدائيون تجاهه ، و يفشل فى المحافظة على علاقة حميمة ومسئولة مع أسرة أو أصدقاء أو شريك جنسى .

و يكثر ظهور أصحاب الشخصية المضادة للمجتمع فى صورة النصابين (Con-men) الذين يجيدون خداع الناس والاستيلاء على أموالهم أو الأموال العامة ، وأحياناً لا تظهر الشخصية المضادة للمجتمع فى الطفولة ولا تتداخل مع إنجاز الشخص الدراسى فينجح دراسياً بل وقد ينجح سياسياً واقتصادياً ، ولا تظهر عليه الصورة الكاملة للاضطراب ، و يستغل موقعه العملى لصالحه دون اعتبار لقيم ودون لوم للنفس أو مراعاة لصالح المجتمع .

■ بدء اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ومساره :

البداية فى الطفولة فى صورة اضطراب السلوك عادة قبل سن الخامسة عشرة ، حيث يبدأ لدى الأولاد فى الطفولة ولدى البنات فى المراهقة ، وقد يقل السلوك السيىء المضاد للمجتمع بعد سن الثلاثين .. وغالباً يحدث الفشل فى الإنجاز الدراسى عندما يبدأ الاضطراب فى الطفولة ، وقد يصاب أو يهلك من جراء سلوكه المضطرب .

■ الانتشـار :

قدر معدل انتشار اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (فى أمريكا مثلاً) بنسبة (٣٪) لدى الرجال ونسبة (١٪) لدى الإناث ، وهو معدل ليس بالقليل ، ولعل سببه هو شيوع اضطراب السلوك لدى الأطفال فى العقدين الأخيرين بسبب انتشار أفلام العنف وغياب الأب والأم فى العمل .. و يكثر اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فى الأحياء الفقيرة والمزدحمة بالسكان وزيادة عدد الأطفال فى الأسرة بما يقلل رعاية ومتابعة الوالدين لهم ، و يزداد

معدل الانتشار إلى خمس مرات بين أقارب الدرجة الأولى من الذكور، وكذلك يزداد انتشار هذه الشخصية بين أقارب مضطربى التجسيد والمدمنين .

■ **التشخيص الفارق :**

١ ــ اضطراب السلوك (Conduct Disorder) : يتكون من علامات نموذجية فى الطفولة لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ، ولكن السلوك قد ينتهى تلقائياً أو يتحول إلى اضطراب آخر مثل الفصام ، ويجب أن لا يشخص الأطفال باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فهو خاص بمن أتموا الثامنة عشرة من العمر وأظهروا نمطاً كاملاً لفترة طويلة .

٢ ــ السلوك المضاد للمجتمع لدى البالغ : الذى لا يتفق مع المواصفات الكاملة لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ولا يعزى سلوكه المضاد للمجتمع لاضطراب نفس آخر .

٣ ــ الإدمـــــان .

٤ ــ التخلف العقلى والفصام : لا يشخص مع أى منهما اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع إلا فى حالة وجود نمط واضح من السلوك المضاد للمجتمع .

٥ ــ نوبات الهوس : ويميزها غياب اضطراب السلوك فى الطفولة والطبيعة النوابية ذات البداية المحددة .

علاج اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع :

قبل بدء العلاج يجب أن يجد المعالج طريقة لوقف سلوك الشخص التدميرى لنفسه ، وعلى خوفه من الألفة والصداقة مع الآخرين وجعله يتفاعل معهم دون خوف من الألم الناجم عن التفاعل ، ومن أكثر الطرق فائدة فى علاجهم هى المجموعات المكونة منهم لمساعدتهم (Self-helpgroups) ، حيث يتعاطفون مع الشخص و يعطونه الإحساس بالأبوة الذى حرم منه خلال طفولته وأحياناً تلزم عقاقير لعلاج الأعراض المصاحبة مثل القلق أو الاكتئاب .

٥ ــ اضطراب الشخصية الحدية
(Borderline Personality Disorder)

وتتميز بالنمط المتعمق من عدم استقرار صورة الذات والعلاقات بين الأشخاص والوجدان ، و يعد المصابين بهذا الاضطراب على الحافة بين العصاب والذهان ، وأطلق عليه عدة أسماء (الفصام المتغير) و(الفصام العصابى الكاذب) (Pseudoneurotic Schizophrenia) و(الشخصية ذهانية السمات) و(الشخصية غير المستقرة عاطفياً) .. ويميزها أيضاً اضطراب الهو ية الثابت وعدم التحديد فى نواحى حياته المختلفة مثل صورة الشخص عن ذاته وأهدافه البعيدة ، واختيار العمل ونوع الأصدقاء والشريك الجنسى والقيم التى يتبناها ، وغالباً يشعر بعدم الثبات لصورة الذات كإحساس مزمن بالفراغ .

وعادة ما تكون علاقة المضطرب بالأشخاص غير مستقرة وحادة وتتميز بتغيرات متطرفة من المثالية الزائدة إلى الإنحطاط القيمى ، مع عدم ثبات الانفعال حيث يكون الغضب أحياناً غير مناسب للموقف وغالباً ما يفقد الشخص سيطرته على نفسه فيبدو كثير العراك والشجار ، وهو مندفع فى تصرفاته خاصة فى الأنشطة التى تكون مدمرة للنفس مثل الإدمان وقيادة السيارة باستهتار وسرقة المحلات .. وكثيراً ما يهدد بالانتحار و يشوه نفسه بهدف التلاعب بالآخرين ، وعند زيادة الضغط عليه قد يصاب بخدر نفسى أو اختلال الإنية .

و يصاحب اضطراب الشخصية الحدية بملامح من الاضطرابات الأخرى للشخصية مثل فصامية النوع والهستيرية والنرجسية والمضادة للمجتمع ، وخلال فترات الضغط الشديد قد تحدث أعراض ذهانية عابرة ، ولكنها غير كافية الشدة أو المدة لعمل تشخيص إضافى .

■ بدء اضطراب الشخصية الحدية ومساره :

يبدأ الاضطراب مبكراً فى الرشد ، و يتميز بعدم الثبات ولكنه لا يتحول إلى فصام بل إلى نوبات اكتئاب عظمى ، وأحياناً يتحول إلى تفاعل ذهانى قصير المدى ، ومن أهم مضاعفاته الانتحار .

■ الانتشـار:

ينتشر الاضطراب بصورة ملحوظة بين عامة الناس ولكن لا توجد دراسات لمعدل انتشاره ، و يعتقد أنه يصل إلى (٢ ٪) ، وهو أكثر بين النساء .

■ التشخيص الفارق :

١ ــ اضطراب الهوية : الصورة الإكلينيكية فيهما متشابهة ، ولكن إذا وجدت دلالات اضطراب الشخصية وكان الاضطراب ثابتاً وعميقاً وغير مرتبط بمرحلة نمو، فإنه يشخص اضطراب الشخصية الحدية .

٢ ــ السيكلوثيميا : يوجد فيها عدم الثبات الوجدانى ولكن توجد نوبات الهوس التى تميزها .

● علاج اضطراب الشخصية الحدية :

يعد العلاج النفسى هو أفضل أنواع العلاجات للشخصية الحدية ، مع إضافة العلاج الكيميائى كمصاحب للعلاج النفسى ، و يعتبر العلاج النفسى لهذه الحالات من الأمور العسيرة على كل من المعالج والمريض ، حيث يميل المريض للنكوص والتفعيل لنزعاته فيظهر طرحاً موجباً أو سالباً تجاه المعالج وقد يكون هذا الطرح ثابت أو متقلباً دون سبب يفسر ما يحدث ، كما أن حيلة الإنشقاق الدفاعية تجعل صاحب الشخصية الحدية يتردد بين الحب والكراهية للمعالج وموضوعات البيئة المحيطة به .

والعلاج الكيميائى يشمل مضادات الذهان أحياناً ومضادات الاكتئاب والقلق أحياناً أخرى ، وأحياناً مضادات الصرع .

٦ ــ اضطراب الشخصية الهستيرية

(Histrionic Personality Disorder)

و يتميز بنمط متعمق من الانفعالات الشديدة وجذب الانتباه ، والمصاب به يبحث دائماً عن الطمأنة أو الموافقة أو الإعجاب من الآخرين ، ولا يستريح فى

المواقف التى لا يكون فيها محور الاهتمام ، و يتميز بتقلب وجدانى سريع وعواطف سطحية ، وسلوكهم تفاعلى أكثر من اللازم ، والمثيرات الضئيلة تعطى إثارة إنفعالية مبالغ فيها ، و يعبرون عن انفعالاتهم بحدة و بطريقة غير مناسبة ، وهم مركزين حول أنفسهم ولا يتحملون الإحباط من تأخر الإشباع ، وأفعالهم موجهة للإشباع المباشر.

و يتسم أصحاب الشخصية الهستيرية بالجاذبية والإغواء ، و يبدون لا معين ومشغولين أكثر من اللازم بجاذبيتهم الجسمانية ، وطريقتهم فى الكلام تعبيرية تنقصها التفاصيل (مثل من يصف رحلة بأنها كانت خيالية دون قدرته على أن يكون أكثر تحديداً) .

و يصاحب اضطراب الشخصية الهستيرية الميول الدرامية وتضخيم الأحداث والعلاقات ، وأخذ دور الضحية أحياناً دون الوعى بذلك ، مع رغبة شديدة للإثارة والملل من الحياة الروتينية ، و يصفهم الآخرون بأنهم سطحيون لامعون وغير حقيقيين ، وغالباً يكونون صداقات سريعة بعدها يصبحون منطوين على أنفسهم ، ودائماً يحتاجون إلى المساعدة والطمأنة لشعورهم بالعجز والاعتمادية ، وأفعالهم غير ثابتة غالباً وقد يسيىء الآخرون فهمهم .

وفى علاقاتهم بالجنس الآخر يحاولون السيطرة عليه فى علاقة اعتمادية وكثيراً ما يكونون رومانسيين ، وعلاقاتهم الجنسية متفاوتة ، فبعضهم داعر و بعضهم ليس لديه خبرة جنسية ولا يستجيب ، و بعضهم يبدون أسو ياء فى سلوكهم الجنسى ، و يظهرون اهتماماً قليلاً بالإنجاز الذكائى والتفكير التحليلى ولكنهم غالباً خلاقين ولديهم قدرة على التخيل ، و يتأثرون بالآخرين وقابلين للإيحاء ، و يظهرون استجابة مبدئية موجبة لأى شخص صاحب سلطة قو ية ، و يعتقدون أنه يمكن أن يقدم الحلول السحرية لمشاكلهم ، وحكمهم على الأمور ليس عميق الجذور وعادة يتوجهون طبقاً للتخمينات ، وتكثر شكواهم من ضعف الصحة والأعراض الجسمانية مع اختلال الإنية ، وخلال فترات الضغط الشديد قد تصيبهم أعراض ذهانية عابرة لا تكفى لتشخيص ذهانى .

■ **بدء اضطراب الشخصية الهستيرية ومساره :**

فى بداية الرشد يظهر اضطراب الشخصية الهستيرية وتقل الأعراض بتقدم السن ، وغالباً تضطرب علاقته بالآخرين وتكون غير مشبعة ، وقد يحدث له تفاعل ذهانى قصير المدى أو اضطراب التحويل واضطراب التجسيد .

■ **الانتشـــار:**

هذا الاضطراب شائع خاصة بين الإناث و بين الأقارب من الدرجة الأولى و يرتبط باضطراب التجسيد والكحولية .

■ **التشخيص الفارق :**

١ ــ اضطراب التجسيد : وفيه تكون الشكوى من المرض الجسمانى برغم وجود أعراض الشخصية الهستيرية وقد يوجدان معاً .

٢ ــ الشخصية الحدية : كثيراً ما تكون مصاحبة وكذلك الشخصية النرجسية .

● **علاج اضطراب الشخصية الهستيرية :**

غالباً هؤلاء المرضى لا يعون مشاعرهم الحقيقية ، ولذا فإن توضيحها لهم يكون خطوة هامة فى العلاج الذى يلزم أن يكون نفسياً تحليلياً ، وتعطى معه بعض العقاقير لتخفيف الأعراض التى قد تكون شديدة أحياناً مثل القلق أو الاكتئاب .

٧ ــ اضطراب الشخصية النرجسية

(Narcissistic Personality Disorder)

تتميز الشخصية النرجسية بالشعور بالعظمة والحساسية لتقويمات الآخرين ونقص التعاطف مع الآخرين ، و يتميز المضطربون بتضخيم ذواتهم ومنجزاتهم وذكائهم ، و يتوقعون أن يلحظهم الآخرون بخصوصية حتى دون إنجاز مناسب و يشعرون أن مشاكلهم فريدة (لأنهم متفردين) ، ويمكن أن تفهم فقط بواسطة آخرين مخصوصين ، وكثيراً ما يتناوب الشعور بالقيمة مع الشعور بعدم القيمة ، مثل

التلميذ الذى يتوقع مستوى معين ويحصل على مستوى أقل منه فإنه يعد نفسه فاشلاً ، وإذا حصل على المستوى المتوقع فإنه يعد ذلك عادياً ولا يفرح بذلك فرحاً حقيقياً .

والمصابون بهذا الاضطراب عادة مشغولون بخيالات من النجاح غير المحدود والقوة والنبوغ والجمال والحب المثالى ، ولديهم مشاعر مزمنة من الحسد من أولئك الذين يرونهم أكثر نجاحاً منهم .. و برغم هذه الخيالات فكثيراً ما تستبدل بنشاط حقيقى واقعى عندما تشجع هذه الأهداف ، ولكن النجاح يكون دون استمتاع وطموحه لا يمكن إشباعه ، واعتبار الذات لديهم قابل للكسر إلى حد كبير ، وقد ينشغل الشخص بكفاءته فى عمله وكيف يقدره الآخرون لكفاءته ، وهذا يأخذ غالباً شكل الاستعراضية وجذب الانتباه المستمر والإعجاب ، و يتفاعل مع النقد بغضب أو خجل أو فقد الاحترام للذات ولكنه يغلف هذه المشاعر بمظاهر من عدم التمايز.

وعلاقة صاحب الشخصية النرجسية بالآخرين مختلة إلى حد ما ينقصها التعاطف معهم ، و ينتظر منهم أن يفضلوه فى المعاملة (مثل : أنه لا يجب أن ينتظر فى طابور مثل الآخرين) ، وتتسع صداقاته لمزايا يحصل عليها أو لزيادة قوته وحجم معارفه ، وتتم الصداقات فقط بعد أن يؤخذ فى الحسبان كيف يستفيد منهم ، وفى العلاقات الرومانسية يعامل المحبوب كموضوع يستخدم لتدعيم اعتبار الذات .

و يصاحبها أعراض اضطراب الشخصية الهستيرية والحدية والمضادة للمجتمع وفى بعض الحالات يشخص أكثر من نوع لاضطراب الشخصية ، و يكثر الاكتئاب كمصاحب فى هذا الاضطراب ، وغالباً يكون مشغولاً بنفسه ومشغولاً بأن يظل شاباً ، و يتوارى القصور الشخصى تحت ستار الكذب ، وتكون المشاعر ظاهرية للتأثير فى الآخرين .

■ بدء الاضطراب ومساره :

هذا الاضطراب مزمن و يصعب علاجه و يبدأ فى أوائل الرشد ، وهم أكثر عرضة لأزمات منتصف العمر من غيرهم ، ويحدث خلل لبعض علاقاتهم

الاجتماعية و يتأثر العمل بالاكتئاب والمصاعب مع الأشخاص والأهداف غير الواقعية .. ومن مضاعفاته التفاعل الذهانى المحدود والاكتئاب .

■ **الانتشار:**

يكثر انتشار هذا النوع من اضطراب الشخصية خاصة فى العصر الحديث وذلك بسبب الاهتمام بالانجاز المهنى، ولكن لاتوجد أرقام تشير إلى معدل الانتشار.

■ **التشخيص الفارق :**

ملامح اضطراب الشخصية الحدية والهستيرية والمضادة للمجتمع توجد مصاحبة غالباً وعندئذ يشخص اضطراب شخصية متعدد .

● **علاج اضطراب الشخصية النرجسية :**

يصعب علاج هذا النوع من اضطراب الشخصية و يلزم علاج تحليلى نفسى طو يل المدى لإحداث تغيير.

٨ــ اضطراب الشخصية المتجنبة

(Avoidant Personality Disorder)

تتميز الشخصية المتجنبة بنمط متعمق من عدم الراحة الاجتماعية والخوف من التقو يم السالب والخجل .. أغلب الناس ينشغلون كيف أن الآخرين يقدرونهم ولكن المصابين بهذا الاضطراب يؤلمهم النقد ويحطم معنو ياتهم ، ولا يحبون الدخول فى علاقات إلا بعد ضمان بالقبول وعدم النقد ، وغالباً ليس لديهم أصدقاء مقربين عدا أقاربه من الدرجة الأ ولى ، و يتجنب العمل الذى فيه علاقات اجتماعية ، و يتوتر فى المواقف الاجتماعية خوفاً من قول شىء غير مناسب أو غبى أو عدم القدرة على إجابة سؤال ، والخوف من الموقف الاجتماعى بواسطة احمرار الوجه أو البكاء ، أو علامات الخوف أمام الآخرين .

الجبن ينتج لديه مقاومة لفعل أى شيء يشذ عن روتينه المعتاد، فمثلاً قد يلغى الشخص رحلة هامة بسبب احتمال بعيد لسقوط أمطار تجعل قيادة السيارة خطرة.

ويختلف صاحب الشخصية المتجنبة عن شبه الفصامى فى أنه متشوق لعلاقات اجتماعية وإلى الحب والقبول، ومعاناته سببها نقص قدرته على الارتباط بالآخرين براحة. و يصاحبها أعراض الاكتئاب والقلق والغضب لفشله فى العلاقات الاجتماعية مع رهابات خاصة أحياناً.

■ البداية والمسار والتنبؤ بالمآل:

يبدأ اضطراب الشخصية المتجنبة مبكراً فى الرشد، والكثيرون منهم يستطيعون العمل فى جو يوفر حماية، و بعضهم يتزوج و يكون أسرة يرتبط بها، وإذا انهارت المساندة من حوله فإنه يصاب بالاكتئاب والقلق والغضب ويحدث التجنب الرهابى عادة بسبب الرهاب الاجتماعى الذى يظهر عبر مسار المرض.

■ انتشار اضطراب الشخصية المتجنبة:

معدل الانتشار غير معروف ولكن يبدو أن هذا الاضطراب شائع.

■ التشخيص الفارق:

١ ــ اضطراب الشخصية شبه الفصامية: الذى ليس لديه رغبة فى عمل علاقات اجتماعية وعدم تمايز للفقد، أما أصحاب الشخصية المتحنبة فيبدون معتمدين بمجرد تكوين علاقة ويميلون للارتباط ويخشون الفقد.

٢ ــ الرهاب الاجتماعى: ويحدث فى موقف معين مثل الحديث فى مكان عام ولكن قد يكون مصاحباً لاضطراب الشخصية المتجنبة.

٣ ــ رهاب الأماكن المتسعة: التجنب فيه يرجع للخوف من كونه فى مكان أو موقف لا يتيح حماية أو مساعدة.

٤ ــ اضطراب التجنب فى الطفولة أو المراهقة : صورته الاكلينيكية مشابهة ولكن اضطراب الشخصية المتجنبة يقدم إذا وجدت مواصفاته ، كما أن اضطراب التجنب محصور فى مرحلة نمو.

● **علاج اضطراب الشخصية المتجنبة :**

العلاج نفسى يعتمد على قبول المعالج لمخاوف المريض واستقرار العلاقة العلاجية ، ثم تشجيع المريض على الاختلاط بالعالم الخارجى ولكن بحذر حتى لا يحدث فشل يدعم موقف المريض الأصلى ونقص اعتباره لذاته ، والعلاج النفسى الجماعى قد يساعد هؤلاء المرضى والتدريب على تأكيد الذات يعد أحد الطرق السلوكية لتعليم المريض أن يعبر عن احتياجاته بوضوح أكثر ويحسن اعتباره لذاته .

٩ ــ اضطراب الشخصية الوسواسية

ويميزها النمط المتعمق من الانضباط وعدم المرونة ، والكفاح من أجل النظام ولكن بمقاييس غالباً غير مرنة تتداخل غالباً مع المهام التى توكل إلى الشخص ، حيث يكون الانشغال بالقواعد والكفاءة والتفاصيل غير الهامة مثل الشخص الذى يضع قائمة بأشياء سوف يفعلها و يعطى وقتاً كبيراً للنظر فى القائمة ثم لحظات لاسترجاعها من الذاكرة ، ثم يبدأ فى المهام ، والوقت ليس له حساب وأكثر الأمور أهمية تترك للحظات الأخيرة .

وأصحاب الشخصية الوسواسية هم عادة العقل المفكر لأقاربهم فى علاقة سيطرة فى مقابل تنحى الآخرين ، و برغم أنهم يقاومون سلطات الآخرين فهم عنيدين ودون سبب مناسب يصرون أن يتبع الآخرون طرقهم فى فعل الأشياء .. ولا مجال للعلاقات الشخصية فى أعمالهم ، وغالباً يوجد انشغال بالمنطق والذكاء وعدم تحمل السلوك العاطفى لدى الآخرين ، وعندما يؤخذ فى الاعتبار الاستمتاع فإنه يخطط له ، وعادة يؤجل إلى العطلات التى تؤجل بدورها لدرجة أنها قد لا تحدث إطلاقاً .

كما أن صاحب الشخصية الوسواسية يتجنب أخذ القرار و يؤجله خوفاً من الخطأ ، وذو ضمير قاس أخلاقياً يصدر أحكاماً على النفس والآخرين ، ونادراً ما يعبر عن مشاعره أو يعطى تعليقاً أو يقدم هدية ، وعلاقاتهم تقليدية شكلية ، و يراهم الآخرون متصلبون .

و يصاحب ذلك لدى أصحاب الشخصية الوسواسية أعراض من صعوبة التعبير عن المشاعر بالكرب بسبب عدم الحسم والفعالية ، وكلامهم قد يكون لف ودوران حول الهدف ، و يكثر لديهم الاكتئاب ، ولديهم حاجة شديدة للسيطرة على الآخرين ، وعندما لا يستطيعون فإنهم يجترون الموقف و يصبحون غضوبين برغم أن الغضب لا يعبر عنه مباشرة ، (مثل سوء الخدمة فى مطعم ولكنه بدلاً من أن يشكو للمدير يفكر اجترارياً كم سوف يترك كبقشيش) ، و يوجد كثير من الحساسية للانتقاد الاجتماعى خاصة إذا كان من شخص ذى سلطة .

■ البداية والمسار والتنبؤ بالمآل :

تبدأ فى أول الرشد ، والمسار متفاوت فقد يمرض بالوسواس القهرى وقد يصبح دافئاً متكيفاً وقد يصبح مريضاً بالفصام أو توهم المرض أو الاكتئاب وعادة يصاب باحتشاء عضلة القلب (Myocardial Infarction) .

■ الانتشار :

انتشار الشخصية الوسواسية غير معروف ولكنها تكثر بين الذكور وأقارب الدرجة الأولى ، وغالباً تكون الخلفية الاجتماعية لهذه الشخصية شديدة النظام .

■ التشخيص الفارق :

١ ــ اضطراب الوسواس القهرى : حيث توجد وساوس وطقوس حقيقية ويمكن أن يكون مصاحباً لاضطراب الشخصية الوسواسية .

● **علاج اضطراب الشخصية الوسواسية :**

يدرك هؤلاء المرضى معاناتهم و يبحثون عن العلاج خلافاً لاضطرابات الشخصية الآخرى ، و يفيدهم العلاج النفسى التحليلى ، ولكنه عادة يحتاج لوقت طويل ، والعلاج النفسى الجماعى والسلوكى أقل فائدة .. كما أن هناك عقاقير مفيدة فى العلاج (مثل الكلونازيبام) .

١٠ ــ اضطراب الشخصية سالبة العدوان

(Passive Aggressive Personality Disorder)

وتتميز بنمط متعمق من المقاومة السلبية والتأجيل والعناد ونقص الكفاءة ، وهذه السلوكيات تعد تعبيراً عن العدوان الداخلى ، وغالباً مايفسدون مجهودات الآخرين بعدم أداء الجزء المكلفين به ، و يتميز المضطربون بسرعة الاستثارة عندما يطلب منهم شيئاً لا يريدونه ، ويحتجون لدى آخرين أن المطلوب منهم غير مناسب ، و يرفضون الاقتراحات المفيدة من الآخرين والمتعلقة بكيف يصبحون منتجين ولذلك فهم ينتقدون السلطة الذين يفرضون عليهم مطالب .

و يصاحبها أعراض من الاعتمادية ونقص الثقة بالنفس والتشاؤم فيما يتعلق بالمستقبل ، ولا يعترف المضطربون أن سلوكهم سبب مشاكلهم .

■ **بدء الاضطراب ومساره ومآله :**

يظهر فى بداية الرشد و يواجهون نقصاً فى مجال إنجاز العمل سببه السلبية ، و بعضهم يتجه للإدمان أو يصيبهم الاكتئاب أو اضطرابات نفسية أخرى ، ونسبة ضئيلة منهم تعيش دون أعراض نفسية .

■ **التشخيص الفارق :**

١ ــ اضطراب العناد فى الطفولة أو المراهقة : مشابه للشخصية سالبة العدوان و يقدم على اضطراب الشخصية فى الحالات التى لم تبلغ الثامنة عشرة .

٢ ـ السلوكيات العدوانية السالبة : والتى تعد حيلاً فى مواقف معينة وليس نمط عميق من الشخصية .

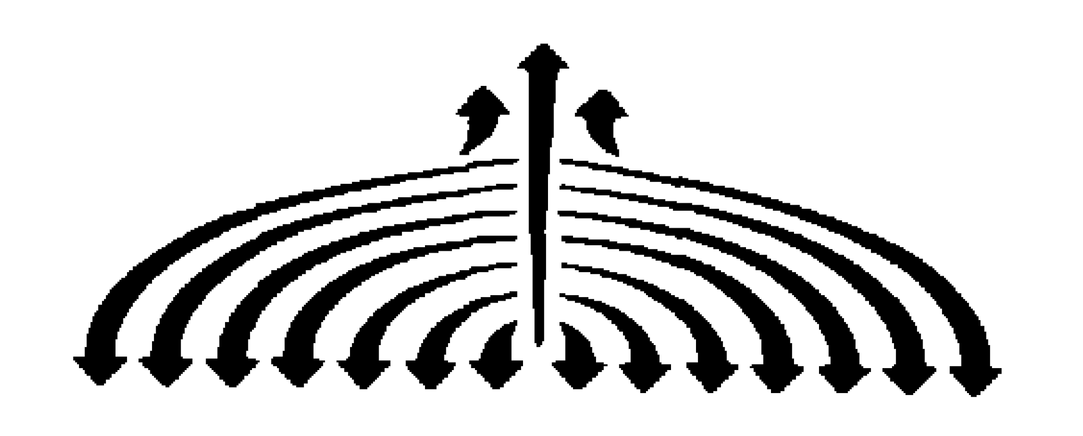
• علاج اضطراب الشخصية سالبة العدوان :

العلاج النفسى التدعيمى مفيد فى هذه الحالات مع الأخذ فى الاعتبار عدوان المريض السلبى ، مع اعطاء مضادات الاكتئاب إذا لزم الأمر.

١١ ـ اضطراب الشخصية غير المصنف فى مكان آخر

(Personality Disorder Not Otherwise Specified)

و يصف الشخصية التى لا يمكن تصنيفها كاضطراب محدد ، مثل ملامح أكثر من نوع محدد من اضطراب الشخصية .



الفصل السادس عشر

فتاة فى الثامنة عشرة من عمرها ، تم استدعاء الطبيب النفسى من خلال تليفون الطوارىء لرعايتها إثر تناولها جرعة كبيرة من عقار مضاد للاكتئاب كان قد وصف لها قبل أسبوع وهذه ثانى محاولة انتجار لها خلال هذا الأسبوع .

هذه حالة اكلينيكية سوف نعرض لها فى هذا الفصل ، هل يمكنك بعد إعادة قراءتها وضع أهداف تعليمية تبغى تعلمها ؟ ما هى هذه الأهداف ؟

الطوارىء النفسية

(Psychiatric Emergencies)

وهى الأعراض العقلية والسلوكية التى تنتج عن مرض نفسى أو عصبى أو جسدى وتحتاج إلى تدخل عاجل ، ولذا فإن التدخل العلاجى يجب أن يتم بنفس طريقة التدخل الطبى لأى مريض بطارىء طبى جسدى ، و بعد إجراء الفحص وأخذ التاريخ المرضى يقرر الطبيب ما إذا كان الاضطراب عصبياً أونفسياً أو الانسمام بمادة أو أعراض انسحاب لمادة ، ويجب أن يتم الفحص وأخذ التاريخ المرضى بسرعة بما يتناسب مع موقف الطوارىء .

والطوارىء النفسية عديدة تشمل عدوان الشخص العنيف المتوجة لذاته فى صورة انتحار ومحاولاته ، والعنف المتوجه للآخرين فى صورة قتل أو إيذاء شديد ، أو معتدى عليه فى صورة ضحية اغتصاب ، أوطفل تم إيذاؤه جسمانياً ، أوأعراض ذهانية حادة سواء كانت موجبة شديدة (كاضطراب الإدراك والتفكير الشديد المصحوب بسلوك مزعج) أو سالبة شديدة مثل الذهول الاكتئابى أو الكتاتونى ، أوأعراض الانسمام أو الانسحاب لمادة ما ، أونوبات قلق حادة مثل نوبات الهلع أوظهور أعراض تحولية مفاجئة كما يحدث فى حالات الهستيريا التحولية ، أوالنوبات الصرعية . . ولقد ناقشنا كل هذه الاضطرابات فى مواضعها المختلفة ، ولكننا نود أن نلقى مزيداً من الضوء على موضوع الانتحار كأهم حالات الطوارىء النفسية وأخطرها وهوموضوع الصفحات التالية .

الانتحـــار

(Suicide)

الانتحار هو إنهاء الشخص لحياته عن قصد ، و يعتبر الانتحار أكثر الطوارىء النفسية ، و يصعب التعرف على المنتحرين بدقة ، وهم غالباً غير قابلين للعلاج فى العيادة الخارجية ، و يقاومون دخول المستشفيات وعرضة لتكرار الانتحار أثناء العلاج .

● **انتشاره:**

يصل معدل انتشار الانتحار فى الدول المتقدمة إلى ٢٥ حالة انتحار فى كل مائة ألف من المواطنين، و يقل عن ذلك فى الدول الأقل تقدماً حيث قدر بعشر حالات فى كل مائة ألف، ولكن هذه الأرقام لا تمثل الحقيقة تماماً، إذ أن هناك من يموتون منتحرين دون أن يعرف ذلك، ومن يلقون حتفهم فى حوادث سيارات و يكون الدافع الحقيقى هو الانتحار، وهناك من ينتحرون ببطء مثل من يهمل فى اتباع نظام غذائى أو علاجى هام لحياته مثل مريض السكر وضغط الدم المرتفع، كما أن الإدمان قد يكون هدفاً للانتحار البطىء حيث يكون ظاهرة الحصول على لذة المخدر و باطنه عداء الشخص لنفسه ورغبته فى تدميرها.. ورغم أن محاولات النساء الانتحار أربع أمثالها بين الذكور، إلا أن الانتحار الذى يودى بالحياة فعلاً أكثر بين الذكور عنه بين الإناث بنسبة (٣ : ١).. و يظهر العنف فى الطرق التى يلجأ إليها الرجال خلافاً للنساء. فالرجال ينتحرون بإطلاق الرصاص على أنفسهم أو الشنق أو إلقاء أنفسهم من مكان مرتفع، أما النساء فينتحرون عادة بابتلاع العقاقير أو السم، ولعل المقارنة واضحة فى انتحار (أنطونيو) بالسيف، بينما انتحرت حبيبته (كليوباترا) بسم الأفعى.

■ **العوامل المرتبطة بالانتحار:**

١ــ اضطراب نفسى: لوحظ أن أكثر من (٩٠٪) ممن ينتحرون أو يحاولون الانتحار يوجد لديهم اضطراب نفسى مما يلى:

أ) الاكتئاب: وهو أكثر التشخيصات النفسية ارتباطاً بالانتحار إذ أن المكتئب محبط ورافض للحياة، و ينتحر حوالى (١٥٪) ممن لديهم اكتئاب شديد، و بين المنتحرين لوحظ أن (٨٠٪) منهم كانوا يعانون من الاكتئاب، وتزداد خطورة الاكتئاب حين تصاحبه أعراض ذهانية.

ب) الادمان: لوحظ أن (٢٥٪) من المنتحرين كانوا مدمنين، والإدمان لبعض المواد يطلق التثبيطات لدى المرضى المكتئبين فيجعلهم يقدمون على الانتحار.

جـ) الاضطرابات النفسية التابعة للولادة والاضطراب السابق لنزول الحيض .

د) الذهان : الذى توجد فيه هلاوس تحث على تدمير الذات أو ضلالات الشعور بالذنب وهذه تحمل مخاطر شديدة للانتحار .

هـ) اضطرابات الشخصية : حيث مضطرب الشخصية المزمن السآمة والملل كثيراً ما يحاول الانتحار .

٢ ــ وجود تاريخ لمحاولات انتحارية أو تهديدات : فلقد لوحظ أن (٢٥ ــ ٥٠ ٪) ممن ينتحرون قد سبق أن حاولوا الانتحار ، حتى من يحاولون الانتحار كطريقة لجذب الانتباه قد تنجح إحدى المحاولات المتكررة فى إنهاء حياتهم .

٣ ــ السن : لوحظ أن الانتحار غير شائع بين الأطفال ، ولكنه يكثر بين المراهقين و يصل إلى قمته لدى الرجال مع تقدم العمر ليصل إلى قمته عند عمر الخامسة والسبعين ، وفى النساء بين الخامسة والخمسين والستين ، كما لوحظ أن أزمة منتصف العمر تتناقص أهميتها فى حدوث الانتحار .

٤ ــ الجنس : الرجال أكثر انتحاراً كما سبق رغم كثرة المحاولات من النساء .

٥ ــ العوامل الاجتماعية :

الحالة الاجتماعية : حيث تزداد الخطورة للانتحار بين غير المتزوجين والأرامل والمطلقين ، ومن يعيشون وحدهم وفشلوا فى حياتهم العاطفية كما يكثر الانتحار فى المناطق الحضرية عن المناطق الريفية .

٦ ــ العوامل المهنية : يكثر بين غير المهرة من العمال والعاطلين و بين بعض المهن مثل رجال البوليس والموسيقيين والمحامين والأطباء كما أن الفشل المهنى كثيراً ما يرتبط بحدوث الانتحار .

٧ ــ عوامل صحية : لوحظ أن (٥٠ ٪) ممن حاولوا الانتحار لديهم مرض جسمانى أو ألم مزمن أو أجرى لهم عملية جراحية حديثاً أو أن مرضهم سوف يودى بحياتهم مثل السرطان أو الإيدز .

٨ ــ وجود تاريخ عائلى لحالات انتحار أو محاولات .

٩ ــ عوامل بيولوجية : حيث لوحظ نقص السيروتونين واتساع بطينات الدماغ وشذوذ تخطيط الدماغ فى بعض الحالات ، وهناك نظريات تفسر حدوث الانتحار أهمها النظرية الاجتماعية عن الانتحار التى ذكرها (إميل دور كايم) فى كتابه عن الانتحار عام (١٨٩٧) ، حيث يرى من منظور اجتماعى بحت أن الإنسان ينتحر أو يعيش طبقاً لموقفه من الجماعة التى يعيش فيها ، فهو ينتحر عندما تقل ارتباطاته الاجتماعية (Egoistic Suicide) ، ولذا فإن الانتحار أكثر بين المطلقين الذين ليس لديهم أطفال ، أى الشخص الذى يصبح وحيداً لا يستمد دوافع لوجوده من خلال علاقات تربطه بالآخرين ، أو أنه على النقيض من ذلك لديه روابط اجتماعية قوية جداً حتى أنه ليضحى بنفسه من أجل الجماعة (Altruistic Suicide) ، مثلما يحدث فى بعض الطوائف اليابانية ، أو أنه ينتحر لأن علاقاته الاجتماعية قد اضطربت فلا يستطيع تحملها و يقرر إنهاء حياته (Anomic Suicide) أما النظرية الدينامية فترى أن طاقة العدوان تتوجه ضد الذات بدلاً من أن تتوجه إلى شخص المحبوب الذى كان مفروضاً أن تتجه إليه ، كما أن شدة وصلابة الأنا الأعلى وتسلطه وقسوته تلعب دوراً هاماً فى الشعور بالذنب الذى يتقرر بعده الانتحار ، تحت تأثير الشعور لدى المنتحر بأنه سيىء ولا يستحق الحياة ، ويجب أن يكفر عما اقترفه من ذنوب قد لا تكون حقيقية ولكن على مستوى الخيال .

ولقد صنف الانتحار فى دراسة بارزة إلى أربعة أنواع :

١ ــ منتحرون لاقتناعهم أن الانتحار وسيلة لحياة أفضل .

٢ ــ منتحرون لسبب ذهانى مع ضلالات وهلاوس .

٣ ــ انتحار كنوع من الانتقام من شخص المحبوب .

٤ ــ عجوز أو شيخ يشعر بالوهن والضعف و يرى الانتحار راحة له .

يجب تقو يم المحاولة الانتحارية نفسياً من خلال الإجابة على الأسئلة الآتية :

١ ــ هل الطريقة التى اختارها خطيرة فعلاً ؟

٢ ــ هل دهش المريض لنجاته من الموت ؟ هل كان يثق فى أن الطريقة التى استخدمها سوف تودى به ؟

٣ ــ هل كان المريض يرغب فى توصيل رسالة لمن حوله ؟ أو أنه فقط أراد الموت ؟

٤ ــ هل نفذ الخطة بطريقة يسهل اكتشافها أم لا ؟

٥ ــ هل كانت الخطة اندفاعية أم أنها شىء مخطط ؟

٦ ــ هل الظروف النفسية والحياتية التى أدت إلى المحاولة قد تغيرت أم لا ؟

وهناك عوامل تزيد من احتمال حدوث الانتحار، يجب الاهتمام بها وهى :

١ ــ أن يوضح خطته للانتحار.
٢ ــ حدث أن حاول مرة سابقة .
٣ ــ وجود قلق أو اكتئاب أو ارهاق .
٤ ــ توفر وسيلة للانتحار.
٥ ــ التحدث عن الانتحار.
٦ ــ تحضير نفسه للانتحار بإعطاء حاجاته للآخرين أو كتابة ذلك .
٧ ــ أزمة حياتية مثل حزن أو اجراء جراحة .
٨ ــ الهدوء الذى يبدو عليه بعد فترة توتر فيبدو وكأنه قد حسم أمره .
٩ ــ تاريخ أسرى للانتحار.
١٠ ــ التحسن المفاجىء دون مبررات منطقية كافية .

● العلاج فى الحالات الانتحارية :

ليس كل من يفكرون فى الانتحار يستحقون أن يدخلوا مستشفى ولكنه قرار الأخصائى المعالج ، فبعضهم يمكن علاجهم فى العيادة الخارجية ولكن ليس فى غياب تدعيم اجتماعى ، مع عدم وجود خطة للانتحار، وعدم سلوك اندفاعى فإذا لم تتوفر هذه الضمانات الثلاث (وجود تدعيم اجتماعى وعدم خطة وعدم

اندفاعية) يفضل ادخاله مستشفى .. وهناك وسائل وقائية يمكن مساعدة الشخص الانتحارى بها وهى :

١ ــ تقليل الألم النفسى بتعديل الجو الأسرى .

٢ ــ بناء دعم واقعى بتفهم أن المريض لديه شكوى واقعية .

٣ ــ تقديم بدائل للانتحار.

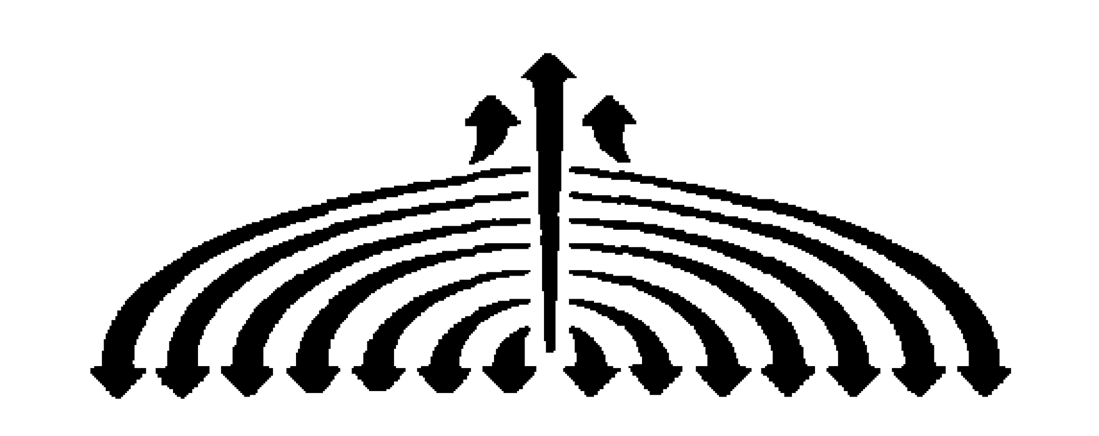
وكثيرون من أطباء النفس يعتقدون أن أى مريض سبق أن حاول الانتحار يجب وضعه فى مستشفى .. ويمكن إعطاء المريض مضادات الذهان أو الاكتئاب مع علاج نفسى فردى وجماعى وأسرى مع التدعيم الاجتماعى والملاحظة داخل المستشفى ، أما باقى السبل العلاجية فتعتمد على تشخيص المريض ، ويجب مراعاة أن تحسن المريض المكتئب يجعله عرضة لمخاطر الانتحار، لأن تحسن الاكتئاب يحسن الطاقة الجسمانية ويجعله قادراً على تنفيذ خطة الانتحار.

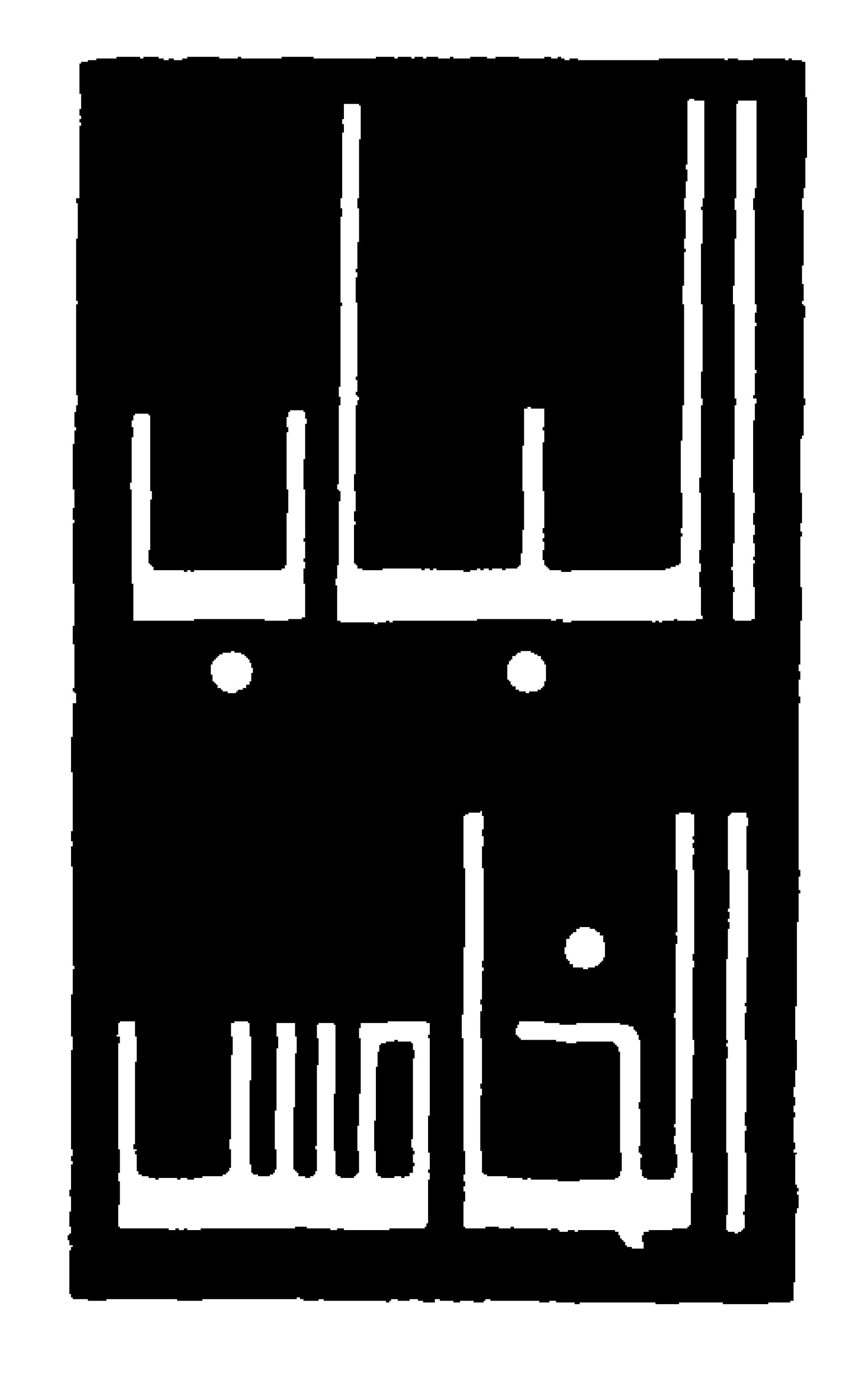
ويصنف مرضى الانتحار حسب التنبؤ بالمصير إلى :

١ ــ انتحاريين بصورة حادة والتنبؤ بمصيرهم حسن .

٢ ــ مزمنين فى محاولات الانتحار وهؤلاء يصعب علاجهم ويجهدون من يعنى بهم .

ويجب أن يتم تقويم حالة المريض الانتحارى على فترات متقاربة بخصوص خطورة انتحاره ، مع وضع خطة علاجية على مستوى عال من الأمان وتنفيذها بواسطة الفريق المعالج .





العـــلاج

العلاج العضوى.

العلاج النفسى والإجتماعى

مقدمـــة

إذا كان المرض يمثل مشكلة بالنسبة للمريض فان العلاج يمثل الحل لهذه المشكلة ، وكما أنه لكل مشكلة حل خاص فكل مرض له علاج خاص ، لذلك كانت أهمية الخطوات التى أشرنا إليها سابقا من رصد الظواهر المرضية وتشخيصها كى تتمكن من رسم سياسة العلاج ..

والعلاج فى الطب النفسى مثل باقى الطب يهدف إلى تحقيق الشفاء التام ، ولكن حين يتعذر ذلك يصبح الهدف هو تخفيف الأعراض المرضية وتقليل معاناة المريض ، ومساعدته على التكيف إذا كانت العلاقة الاجتماعية هى موضع الداء ..

وبالرغم من أن العلاج فى الطب النفسى مثل باقى الطب يعتمد على نوع المرض وسببه إلا أننا سوف نعرض للعلاج بوجه عام وسنضمنه تخصيصا ما أمكن ذلك .

والعلاج يشمل الأنواع الرئيسية الآتية :ــ

١ ــ العلاج الكيميائى (بالعقاقير) .

٢ ــ العلاج بالكهرباء .

٣ ــ العلاج الجراحى .
٤ ــ العلاج النفسى والاجتماعى .

وتتم هذه الأنواع من العلاجات تحت إشراف الفريق العلاجى .

الفريق العلاجى

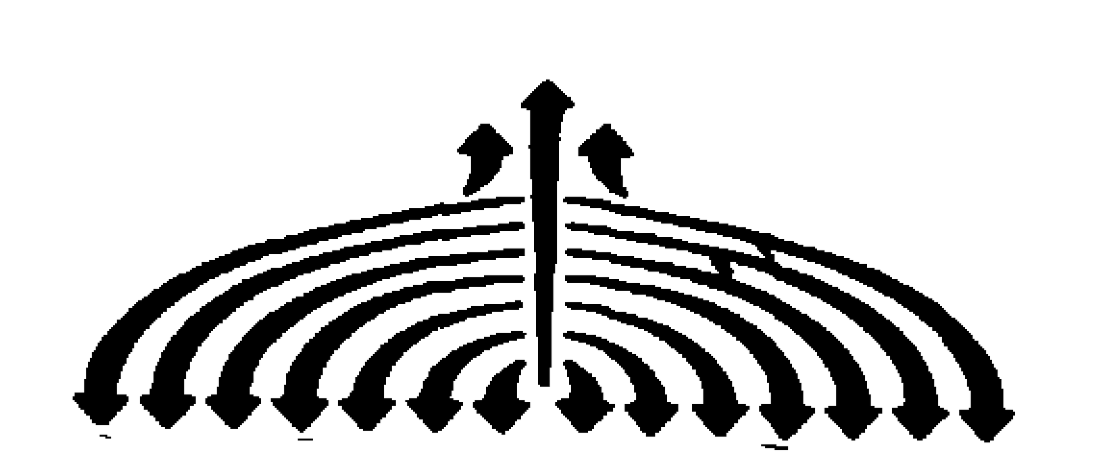
يتكون الفريق العلاجى من الطبيب النفسى والاخصائى النفسى والاخصائى الاجتماعى والممرضة .

١ ــ الطبيب النفسى : وهو الطبيب الذى درس تخصص الأمراض النفسية والعصبية وهو الذى يقوم بتشخيص المريض أكلينيكيا وفحصه جسمانيا وهو المصرح له بوصف الدواء وجلسات الكهرباء .

٢ ــ الأخصائى النفسى : وهو الذى يشارك فى العملية التشخيصية عن طريق اجراء الاختبارات النفسية و يشارك فى فهم ديناميات المريض النفسية وعلاجه نفسيا إذا تلقى تدريبا خاصا فى ذلك .

٣ ــ الأخصائى الاجتماعى : ودوره فى مساعدة المريض اجتماعيا وماديا إن أمكن ودوره خاصة فى فهم الظروف الاجتماعية للمريض والقيام بالعلاج الاجتماعى والبيئى .

٤ ــ الممرضة النفسية : وهى تتلقى تدريبا خاصا لفهم كيفية معاملة المرضى النفسيين وهى أكثر أعضاء الفريق التصاقا بالمريض وهى التى تنفذ تعليمات الطبيب النفسى من إعطاء العلاج أو الملاحظة للوظائف الحيو ية (ضغط الدم ونبض وحراره) أو ملاحظة نفسية وسلوكية التى من خلالها يتم تعديل العلاج بواسطة الطبيب المعالج .



الفصل الأول

العلاج العضوى

أولا : العلاج الكميائى (بالعقاقير)

حيث تستخدم العقاقير لاحداث تغير كميائى يؤدى إلى تغير فى الانفعال وتوجد مواصفات عامة للعقار النموذجى الذى يفضل أن يستخدم هى :ـ

١ـ أن يخفف الأعراض وفى أقل وقت ممكن .

٢ ـ وأن يفيد جميع المرضى أو أغلبهم .

٣ـ ولا يسبب إدمانا .

٤ ـ ولا تقل استجابة المريض للعقار بمرور الوقت والاستخدام .

٥ ـ ليس ساما فى حدود الجرعة العلاجية .

٦ـ أعراضه الجانبية قليلة فى حدود المستطاع .

٧ـ ليس قاتلا إذا أعطى بجرعات كبيرة .

٨ ـ يمكن أن يستخدم دون خوف فى حالات مرضى القسم الداخلى أو العيادة الخارجية .

٩ ـ ولا يؤثر على الوظائف العقلية أو السلوكية .

ولكى نصف عقار كعلاج يجب أن يكون الطبيب لديه المهارات الآتية :ـ

١ ـ القدرة على التشخيص الصائب .

٢ ـ اختيار العقار المناسب .

٣ ـ أعطاء هذا العقار بجرعة مناسبة واتباع النظام الخاص بتقديم هذا العقار.

٤ ـ المتابعة الاكلينيكية الجيدة .

يلاحظ أن العقار الذى يصفه الطبيب إنما هو رمز (Symbol) لما بين الطبيب والمريض من علاقة علاجية ، و بناءا على هذه العلاقة سوف يكون انتظام المريض فى تعاطى العقار من عدمه ، وهناك مقولة شائعة تلخص أهمية العلاقة العلاجية هى (أن أكثر عقار يصفه الطبيب للمريض هو شخصية الطبيب) ، كما أن هناك دورا للايحاء يصاحب المفعول الفارماكولوجي للعقار تم تقديره بنسبة (٣٥ ـ ٤٠ ٪) يمكن أن يضيفها الطبيب لمفعول العقار بالعلاقة الطبيبية المريضية الجيدة .

ويمكن أن تقسم العقاقير إلى المجموعات الآتية :ـ

أ ـ مضادات الذهان .

ب ـ مضادات الاكتئاب .

جـ ـ مضادات القلق .

د ـ أملاح الليثيوم .

هـ ـ عقار الكار بامازبين .

أ ـ مضادات الذهان

(Antipsychotics) (Neuroleptics)

وظهرت هذه المجموعة فى بداية الخمسينيات وأول ما ظهر منها هو الرزر بين والكلور برومازين حيث كان الأول يستخدم فى علاج ارتفاع ضغط الدم والثانى

(الكلور برومازين) مضاد للهستامين ، ثم تبعها مجموعة من مشتقات الفينوثيازين التى تشبه الكلور برومازين من حيث المفعول والتركيب ولكن أقل فى أعراضها الجانبية ، ثم تلا ذلك أكتشاف مجموعات أخرى مثل مجموعة البيوتيرفينون .

وتعمل مضادات الذهان عن طريق قفل مستقبلات الدوبامين التالية للمشبك (Post- synaptic receptor blockade) التى يطلق عليها (D2) حيث تقل تبعا لذلك الأعراض الذهانية .

وتستخدم مضادات الذهان فى علاج الحالات الآتية :ـ

١ ــ الفصام .

٢ ــ اضطراب الفصام الوجدانى .

٣ ــ الهوس .

٤ ــ الأعراض الذهانية المرتبطة بالشيخوخة .

٥ ــ زملة تورت (Tourette's syndrome) ، والرقص (Chorea)

٦ ــ الاضطرابات التى تشبه الفصام الذهانى .

٧ ــ الاضطراب العقلى العضوى مثل الهذيان أوالانسمام بالامفيتامين

٨ ــ فى حالات القلق كمضادة للقلق بجرعات صغيرة .

وتشمل مجموعة مضادات الذهان المجموعات الفرعيلا الآتية :ـ

١ ــ مجموعة الفينوثيازين (Phenothiazines) .

٢ ــ مجموعة الثيوزانيثين (Thioxanthines) .

٣ ــ مجموعة البيوتيروفينون (Buterophenones) .

٤ ــ مجموعة أخرى من العقاقير المضادة للذهان .

وفى السطور التالية سوف نورد كل من هذه المجموعات الفرعية بشىء من التفصيل .

(١) مجموعة الفينوثيازين
(Phenothiazines)

وهذه المجموعة أول ما عرف من مضادات الذهان وكان أولها هو الكلور برومازين وكان ذلك من تجربته كمضاد للهستامين (مضاد للحساسية) .. وتشمل بدورها مجموعات فرعية أصغر هى :ـ

١ ــ مجموعة الداى ميثيل أمين (Dimethylamine) ومنها (الكلوربرومازين) الذى يعرف تجاريا باسم (اللارجاكتيل) (Largactil) أو (البروماسيد) و يوخذ فى الاعتبار خفضه لضغط الدم بدرجة ملحوظة كتأثير جانبى غير مرغوب .

٢ ــ مجموعة البيبريدين (Piperidine) ومنها الثيوريدازين (Thioridazine) الذى يسمى تجاريا باسم (الميلريل) (Melleril) ، وتتراوح جرعته العلاجية (من ١٠٠ مجم إلى ٨٠٠ مجم) يوميا .. ويمكن اعطاءه بجرعات (١٠ ــ ٣٠ مجم) كمضاد للقلق .

٣ ــ مجموعة البيبرازين (Piperazine) .. ومنها (التراى فلوبرازين) (Trifluperazine) الذى يعرف تجاريا باسم (ستلازين) (Stelazine) وتتراوح جرعته العلاجية من (٣ مجم إلى ٣٠ مجم) يوميا . ، و يعطى بجرعات أقل فى حالات القىء والقلق ، و يوجد منه أقراص (١ ، ٥ مجم) وكبسولات (٢ ، ١٥ مجم) وشراب بتركيز (١ مجم فى كل ٥ سم٣) وامبولات (١ مجم) تعطى حقنا بالعضل .

ومنها أيضا (البرفينازين) (Perphenazine) الذى يعرف تجاريا باسم (تراى لافون) (Trilafon) وتتراوح جرعته العلاجية (من ١٦ مجم إلى ٦٤ مجم) ، ومنها الفلوفينازين (Fluphenazine) الذى يعرف تجاريا باسم (المودتين) (Moditen) وجرعته العلاجية (من ٣ مجم إلى ١٥ مجم) ، وهذا العقار تم تحو يل جزئى الكحول الحرفية إلى استر (Esterified) وهذا يجعله بطىء الامتصاص فيصبح طو يل المفعول ، وذلك بواسطة تحو يله إلى (إننثات) (Enanthate) الذى يسمى تجاريا باسم (موديكات أومودتين) حقن ، وجرعته العلاجية ٢٥ مجم كل اسبوعين إلى ثلاثة أسابيع أوبتحو يله إلى (ديكنوات) أى يصبح (فلوفيتازين ديكنوات) (Fluphenazine decanoate) الذى يسمى تجاريا بأسم (أناتنسول) (Anatensol) وجرعته العلاجية ٢٥ مجم كل أسبوعين إلى أربعة أسابيع .

٢ ــ مجموعة الثيوزانثين
(Thioxanthines)

ومن أمثلتها (الكلور بروثكثين) (Chlorprothixene) الذى يسمى تجاريا باسم (تاركتان) (Taractan) وجرعته العلاجية (من ٥٠ إلى ١٠٠ مجم) يوميا .. وكذلك (الفلوبنثكسول) (Flupenthixol) الذى يسمى تجاريا باسم (فلونكسول) (Fluanxol) وجرعته العلاجية (من ١ إلى ٣ مجم) يوميا .. وهذا الأخير بتحو يله إلى (فلوبثكسول ديكنوات) (Flupenthixol Decanoate) يصبح طو يل المفعول و يسمى تجاريا باسم (ديبكسول ديبو) (Depixol Depot) وجرعته العلاجية (من ٢٠ إلى ٤٠ مجم) بالحقن فى العضل كل أسبوعين إلى أر بعة أسابيع ، والفلونكسول المتخزن (Fluanxol Depot) أيضا الذى يوجد منه ٢٠ ، ٤٠ ، ١٠٠مجم حقن تعطى حقنا بالعضل كل أسبوعين إلى أر بعة أسابيع .

٣ ــ مجموعة البيوتيروفينون
(Buterophenones)

ومن أمثلتها (الهالو بيريدول) (Haloperidol) الذى يعرف حاليا باسم (السريناس) (Serenace) أو (الصفيناس) (Safinace) وجرعته العلاجية (من ٦ إلى ١٢ مجم) يوميا ، ومنه مركبات تعطى حقنا بالعضل أو الوريد فى الحالات الحادة (هالدول) (Haldol) (٥ مجم) ، وأقراص (٥و٠ ، ٥و١ ، ٥ مجم) ومحلول يعطى كقطرات بتركيز (٢ مجم فى كل ١ سم^{3}) .

٤ ــ مجموعة أخرى من العقاقير المضادة للذهان

ومن أمثلتها (السلبيريد) (Sulpiride) الذى يعرف تجاريا باسم (دوجماتيل) (Dogmatil) وجرعته العلاجية (من ٤٠٠ إلى ١٠٠٠ مجم) يوميا .. وكذلك (البيموزيد) (Pimozide) الذى يعرف تجاريا باسم (أوراب) (Orap) و يعطى كجرعة واحدة يوميا (من ١ إلى ٤ مجم) .. ومنها أيضا (الكلوزابن) (Clozapine) الذى يعرف تجاريا بأسم (ليبونكس) (Leponex) ولكنه يسبب نقصا حادا فى كرات الدم البيضاء مما يجعله محظور الاستخدام فى بعض دول العالم .

وتتميز مجموعة الذهان باتساع مدى جرعتها العلاجية ، مما يمكن من اعطاء جرعات علاجية كبيرة (Mega doses) ، وتعطى الجرعة مقسمة فى بادىء الأمر للوصول إلى التركيز العلاجي فى البلازما الذى يتحقق بعد خمسة أيام من بدء العلاج ، ثم تقلل الجرعة تدريجيا بعد الوصول إلى التحسن الاكلينيكى المرغوب و يقلل كذلك عدد مرات إعطائها إلى أن تصبح جرعة واحدة تعطى فى المساء (وهذا يقلل من بعض الآثار الجانبية للعقار مثل التهدئة والأعراض المماثلة لمرض باركنسون والتى تختفى بالنوم) ، حيث أن مفعول الجرعة المتمثلة فى نصف عمر العقار (Half-life) تصل إلى عشرين ساعة .

وإذا لم يمكن السيطرة على الأعراض الذهانية خلال أسبوعين من بدء اعطاء هذه العقاقير فإن هذا يعد فشلا قد يرجع إلى عدم تعاطى المريض للعقار ، أو لوجود آفة عضوية ، أوتآثر دوائى (Drug-interaction) كالذى تحدثه مضادات الحموضة والسيميتيدين (Cimetidine) حيث تقلل امتصاص مضادات الذهان إذا أعطيت خلال ساعتين من تعاطيها ، وكذلك مضاد النشاط الكولينى التى تقلل من الامتصاص مع إحداث تآثر ضد النشاط الكولينى ينتج عنه تسمم .

وهناك تآثر دوائى آخر مع مضادات الاكتئاب حيث يقلل أيض كل منهما فيزيد تركيزهما فى البلازما ، فتحدث تأثيرات متزايدة من التهدئة وهبوط ضغط الدم وأعراض نقص النشاط الكولينى .. كما أن هناك تأثيرات أخرى مع مضادات ضغط الدم المرتفع ومثبطات الجهاز العصبى المركزى مثل المهدئات والكحول والأفيون ومضادات الحساسية .

ومن أهم التأثيرات الجانبية للعقاقير المضادة للذهان :-

١ - تأثيرات عقلية وسلوكية غير مرغوبة : مثل تغيم الوعى ، والتصلب (التخشب) المشابه لمرض باركنسون ، والاكتئاب الكاذب (Pseudodepression) .

٢ - تأثيرات عصبية غير مرغوبة : مثل الزلز (Akathesia) وهو عدم الاستقرار الحركى ، وأعراض تشبه مرض باركنسون ، وخلل التوتر الحاد (Acute dystonias) واضطراب الحركة الآجل (Tardive dyskinesia) بالاضافة إلى تقليل عتبة التشنجات التى تبرز خاصة مع مجموعة الفينوثيازين .

٣ــ تأثيرات غير مرغوبة على الـجهاز العصبى المستقل : مثل جفاف الحلق واهتزاز الرؤية وصعوبة التبول والامساك وانخفاض ضغط الدم عند القيام من السرير (وخاصة مع عقار الكلور برومازين) .

٤ ــ تأثيرات أيضية وغدية غير مرغوبة : مثل السمنة وانقطاع الطمث الذى يمكن علاجه بعقار البروموكريبتين (Promocriptine) الذى يعرف تجاريا بأسم البارلودل (Parlodel) .

٥ ــ تأثيرات تفاعل حساسية : مثل النقص الحاد فى كرات الدم البيضاء (كما يحدث مع عقار ليبونكس) ، وارتفاع درجة الحرارة الخبيث واليرقان والتهاب الشبكية الصباغى كما يحدث مع الجرعات الكبيرة من عقار الثيوريدازين أكثر من ٨٠٠ مجم يوميا .

يتم اختيار العقار طبقا لاستجابة المريض السابقة (أو استجابة أحد أقاربه) وتحمله للأعراض الجانبية للعقار، وفى حالات تعاطى العقار لفترات طويلة قد تحدث إطاقة للعقار (Tolerance) تسبب أعراض انسحاب للعقار عند إيقافه ، ولكن أغلب العلماء يعتبرونها رد فعل لوقف العقار، حيث يلزم حدوث مجموعة جديدة من الأعراض تترتب على وقف العقار لتشخيص لزمة الانسحاب .

وهناك محاذير يمنع معها إعطاء العقاقير المضادة للذهان هى :ــ

١ ــ حدوث تفاعل حساسية خطير مع هذه العقاقير.

٢ ــ تعاطى المريض لعقار يثبط الجهاز العصبى المركزى مثل الكحوليات ومشتقات الأفيون .

٣ــ وجود اضطراب شديد بالقلب .

٤ ــ وجود غلوق ضيق الزاوية بالعينين (Narrow-angle glaucoma)

٥ ــ خطورة شديدة لحدوث نوبات صرعية .

و يفضل مع بدء العلاج إجراء استقصاء لوظائف الكبد وعد كرات الدم البيضاء وعمل رسم قلب .

ولقد جرب حديثا إعطاء حمض الفالبرويك مخلوطا مع مضادات الذهان فى الحالات ذات الأعراض الذهانية غير القابلة للتحسن بمضادات الذهان على حده ، فأعطى ذلك تحسنا ، وكان ذلك فى حالات ذات تخطيط طبيعى للدماغ .

ب ــ مضادات الاكتئاب

(Antideprssants)

قدمت مضادات الاكتئاب للاستخدام الطبى فى أواخر الثلاثينيات ، حيث أستخدم الأمفيتامين فى علاج الاكتئاب .. ثم لوحظ فى أوائل الخمسينيات أن (الابرونيازيد) يسبب سرورا لمرضى الدرن الذين يتعاطونه على عكس (الابزونيازيد) (Isoniazide) الذى سبب اكتئاب للمرضى الذين يتعاطونه كعلاج للدرن (T. B) ، وبدراسة العقارين معمليا لوحظ أن (الابرونيازيد) (Iproniazide) أكثر تشبيطا للإنزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية .. ثم فى عام (١٩٥٤) لوحظ أن عقار (الرزربين) (Reserpine) يسبب الاكتئاب وهويغير من الأمنيات الحيوية فى النهايات العصبية لذلك اتجه الاهتمام إلى دراسة العقاقير التى تزيد الأمنيات الحيوية فى الدماغ ، ولما كان الإنزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية (M. A. O) يكسر هذه الأمنيات ، فإن استخدام مثبطات هذه الانزيمات (M.A.O. Inhibitors) يؤدى إلى زيادة هذه الأمنبات و يعالج الاكتئاب .

وفى عام (١٩٥٧) حيث كان يدرس البرومازين كمضاد للاكتئاب (Promazine) ووجد له بعض الفوائد وبناءا عليه أكتشف (الايمبرامين) (Imipramine) كمضاد للاكتئاب جديد ، تم تتابعت المركبات ثلاثية الحلقات المضادة للاكتئاب (Tricyclic Antidepressants) .

ثم قدم فى أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات عدد من العقاقير المضادة للاكتئاب أطلق عليها الجيل الثانى من مضادات الاكتئاب (Second-Generation of Antidepressants) .

وتستخدم مضادات الاكتئاب فى الحالات الآتية :ــ

١ ــ الاكتئاب .

٢ ــ التبول اللاإرادى .

٣ــ الآلام المزمنة (كمكافىء للاكتئاب) .

٤ ــ حالات أخرى مثل : الرهاب والوسواس القهرى واضطراب نقص الانتباه وحالات السبخ (النوم الانتيابى) (Narcolepsy) ونوبات الهلع الحادة .

٥ ــ اضطرابات الأكل : حيث تعالج القهم العصبى والشره المرضى للاكل (Anorexia & Bulimia) .

أنواع مضادات الاكتئاب :

(١) مثبطات الإنزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية (M. A. O. I.) (Mono Amine Oxidase Inhibitors) .

(٢) مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (Tricyclic Antidepressants) .

(٣) عقاقير محاكية الودى (ذات مفعول شبيه بالجهاز السبمتاوى) (Sympathomimetics) .

(٤) الجيل الثانى من مضادات الاكتئاب (Second-Generation Drugs) .

(١) مثبطات الإنزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية (M. A. O. I.)

ومفعول هذه العقاقير هو تثبيط الانزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية و بناءا عليه تزيد الامنيات الحيوية و يقل الاكتئاب ، وهذا التثبيط للانزيم لا يلغى (Irreversible) ولكى يعطى مفعولا علاجيا يجب أن يكون التثبيط من ٦٠ إلى ٨٠ ٪ من الانزيم ، ويمكن أن يتحقق ذلك بجرعة مقدارها ١ مجم لكل كيلو جرام من وزن الجسم من (الفنلزين) (Phenelzine) ، و يقاس مستوى التثبيط فى الصفائح الدمو يه .

وتتكون من مجموعتين احداهما : (هيدرازيد) (Hydrazide) مثل الفنلزين الذى يعرف تجاريا باسم (نارديل) (Nardil) وجرعته العلاجية (من ٤٥ إلى ٧٥ مجم) يوميا ، ومنها أيضا (ايزوكر بوكسازيد) (Isocarboxazide) الذى يعرف تجاريا بأسم (ماربلان) (Marplan) وجرعته العلاجية (من ٢٠ إلى ٦٠ مجم) يوميا .

والثانية : تسمى (غير هيدرازيدز) (non- Hydrazides) مثل عقار (ترانيل سيبرومين) (Tranylcepromine) الذى يعرف تجاريا باسم (بارنات) (Parnate) وجرعته العلاجية (من ١٠ إلى ٣٠ مجم) يوميا .

- يلاحظ خطورة تعاطى المواد التى تحتوى التيرامين (مثل الجبن المعتق والسردين والفسيخ) مع هذه المركبات حيث تحدث تأثيرات محاكية الودى شديدة تؤدى إلى ارتفاع فى ضغط الدم فيشعر المريض بالصداع واختلال ايقاع القلب والعرق واحمرار الوجه وتصلب الرقبة والقىء .
- عند اعطاء مضادات اكتئاب أخرى بعدها يجب الانتظار مدة أسبوعين .

(٢) مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات

وهذا المركبات تشبه الفينوثيازين من حيث التركيب الكيميائى إلى حد كبير وإلى حد أقل فارماكولوجيا .. ومفعولها عن طريق قفل الآلية التى تعمل على إعادة أخذ الناقلات العصبية (Neurotransmitters) فى الدماغ ، وهذا يؤدى إلى تأخير إزالة الأمنيات الأحادية من مواضع المستقبلات البعد مشبكيه (Post-synaptic) .

ومن هذه المركبات (الايميرامين) (Imipramine) الذى يعرف تجاريا باسم (التوفرانيل) (Tofranil) وجرعته العلاجية (من ٧٥ إلى ٢٠٠ مجم) ، و(الاميتريبتلين) (Amitriptyline) الذى يعرف تجاريا باسم (تريبتوزول) (Tryptizol) وجرعته العلاجية (من ٧٥ إلى ٢٠٠ مجم) ، و(الكلوميبرامين) (Clomipramine) الذى يعرف تجاريا باسم (أنافرانيل) (Anafranil) وجرعته العلاجية (من ٧٥ إلى ٣٠٠ مجم) ، و(النورتريبتلين) (Nortriptyline) الذى يعرف تجاريا باسم (افنتيل) (Aventyl) وجرعته العلاجية من (٧٥ إلى ١٥٠ مجم) ، وأضيف إلى (النورتريبتلين) الفلوفينازين وأطلق عليه تجاريا اسم (الموتيفال) (Motival) .

٣ـ العقاقير محاكية الودى المضادة للاكتئاب

وهى أقدام العقاقير التى استخدمت علاج الاكتئاب ومن أمثلتها (الأمفيتامين) ، (Dextroamphetamine) و يعرف تجاريا باسم (انوركسين) (Anorexene) ، (Dexdrine) و(ميثيل فينيدات) (Methyl phenidate) الذى يعرف تجاريا بأسم (Ritaline) .. وهذه المجموعة كمضادة للاكتئاب ضعيفة المفعول ولكنها تفيد فى بعض الحالات .

(٤) الجيل الثانى من العقاقير المضادة للاكتئاب

وتشمل مجموعات فرعية منها :

(أ) مركبات ثلاثية الحلقات غير العادية (unusual tricyclics) وتتميز بأنها أقل سميه لعضلة القلب مثل (اموكسابن) (Amoxapine).

(ب) المركبات رباعية الحلقات : وهى ذات أعراض جانبية أقل من المركبات ثلاثية الحلقات وأقل فى أثر التهدأة وأقل فى تأثيرها على عضلة القلب ومن أمثلتها (المابروتيلن) (Maprotyline) الذى يعرف تجاريا بآسم (لوديوميل) (Ludiomil) وجرعته العلاجية (من ٧٥ مجم إلى ٣٠٠ مجم) يوميا .

(جـ) البنزوديازبين (Benzodiazepines) كمضادات للاكتئاب : حيث أشارت دراسات كثيرة إلى فاعليتها كمضاد للاكتئاب المصاحب بقلق الا أن استخدام هذه العقاقير يجب أن يخضع لنظام خاص سوف نورده فى حينه .

ولمضادات الاكتئاب تأثيرات جانبية من أهمها :

١ ـ التهدئة الزائدة وتظهر فى صورة الاحساس بالاجهاد والرغبة فى النوم ونقص اليقظة الذى يصل إلى درجة تغيم الوعى .

٢ ـ الرعشة وزيادة ضربات القلب وجفاف الحلق والامساك واحتباس البول واهتزاز الرؤية .

٣ ـ حساسية تظهر فى صورة طفح جلدى و يرقان .

٤ ـ تأثيرات أيضية مثل زيادة الوزن .

٥ ـ تشوه الأجنة فى حالات الحمل .

و يراعى أن الجرعة العلاجية لمضادات الاكتئاب تختلف من مريض لآخر، لذلك تبدأ باعطاء الجرعة صغيرة وتستمر فى الزيادة حتى نصل إلى الاستجابة المطلوبة وذلك باعطاء ٥٠ مجم يوميا ثم نزيد الجرعة كل يوم إلى ثلاثة أيام ٢٥ مجم إلى أن نصل إلى ١٥٠ مجم فى اليوم ، و بعد أسبوعين يعاد تقييم المريض

وإذا كانت الاستجابة أقل من المرغوب والجرعة محتملة تزاد الجرعة بمقدار ٢٥ مجم كل ثلاثة أيام حتى تظهر استجابة علاجية أو أعراض جانبية أو تصل إلى ٣٠٠ مجم يوميا كما يراعى أن تكون الجرعة العلاجية فى الأطفال أقل من ٢,٥ مجم لكل كيلوجرام من وزن الجسم فى اليوم .. ينبه المريض إلى الأعراض الجانبية التى قد تحدث وإلى أن التحسن سوف يكون بطيئا بعد عشرة أيام إلى ثلاثة أسابيع ، و يظهر التحسن أولا فى النوم ثم الشهية والأعراض الجسمية والنشاط الحركى وآخر عرض يتحسن هو الاكتئاب ، لذلك يلاحظ المريض الذى لديه ميول انتحارية لأنه قد ينتحر فعلا عندما يتحسن نشاطه الحركى وتظل حالته الوجدانيه سيئة .

وفى حالة فشل العلاج يراجع التشخيص المرضى الذى أعطى العلاج على أساسه والعقار المستخدم فى العلاج والجرعة العلاجية التى قد تكون غير كافية ، والمدة التى أعطى فيها العلاج ، ووجود عقاقير أخرى تعطى مصاحبة .

يلاحظ أن نصف العمر (Half- life) لمضادات الاكتئاب يتفاوت من عشر ساعات إلى سبعين ساعة وهذا يتيح امكانية اعطاء هذه المركبات فى جرعة واحدة ، و يلزم للوصول إلى حالة المعدل الثابت للتركيز فى البلازما مدة من خمسة إلى سبعة أيام .

التآثر الدوائى :ـ

يحدث تآثر دوائى للمركبات الحلقية للاكتئاب مع مضادات الضغط المرتفع (مثل الجوانيثدين) فتقلل من تأثيره كمضاد للضغط ، ومع مضادات الذهان فيحدث تهدئة زائدة وقد يحدث تسمم كولينى بسبب تآثرهما معا ، ومع مثبطات الجهاز العصبى المركزى (مثل الكحول ومشتقات الأفيون) فيزداد تثبيط الجهاز العصبى المركزى وهناك تآثر (تداخل) يقلل من معدل المركبات الحلقية فى البلازما يحدث مع حبوب منع الحمل وتدخين السجائر وتعاطى البار بتيورات والليثيوم وكلوريد الأمونيوم وحمض الاسكوربيك ، بينما يوجد تداخل يزيد من المعدل فى البلازما مع حمض الساليسيليك ومدرات البول الثيازيدية و بيكربونات الصوديوم .

يمنع اعطاء المركبات الحلقية المضادة للاكتئاب لمرضى القلب الذين لديهم اضطراب توصيل فى عضلة القلب ، والمرضى المصابين بمرض الصرع .

جـ ـ مضادات القلق

(Antianxiety Drugs)

كانت تستخدم البروميدات كمضاد للقلق إلى أن اتضح أنها تتراكم وتسبب تسمم فى الثلاثينيات من هذا القرن، فافسحت المجال للباربيتيورات (Barbiturates)، ولكن ظهر أيضا أنها تسبب تعودا فسيولوجيا وتصبح الجرعة غير كافية لاحداث التأثير السابق (إطاقة) (Tolerance) و ينتج تفاعل انسحابى عند وقفها (Withdrawal Reactiom) .. وفى اوائل الخمسينيات اكتشفت الميروبامات (Meprobamate) واطلقت عليها نفس التسمية التى كانت تطلق على الكلوربرومازين وهى مطمئن (Tranquilizer) لتجنب تسمية مهدىء (Sedative) ومنها الأسماء التجارية (كويتان) (Quitan) وميرو (Mebro) وكل منها (٤٠٠ مجم) أقراص.

وفى أواخر الخمسينيات ظهر الكلورديازيبوكسيد (Chlordiazepoxide) ذو الأثر المهدىء والمنوم (Sedative-hypnotic) وكان هو بداية البنزوديازين (Benzodiazepines) التى تتابع ظهورها فى الستينيات وإلى الآن.

ويمكننا أن نقسم مضادات القلق إلى مجموعتين أساسيتين هما :ـ

(١) مجموعة مهدئة منومة (Sedative-hypnotic) وهى ذات تأثير مهدىء يؤدى إلى النوم ومرخية للعضلات ومضادة للتشنجات و يقل مفعول الجرعة العلاجية بمرور الوقت (Tolerance) و ينتج تعود فسيولوجى وسيكولوجى.

وتشمل المجموعات الفرعية الآتية :ـ

أ ـ الباربتيوات :ـ مثل الفينوباربتال.

ب ـ مشتقات الجلسرول (Glycerol drivative) : مثل الميروبامات.

جـ ـ البزوديازين : (Benzodiazepines) وهى أهم وأكثر المجموعات المضادة للقلق استخداما ومن أمثلتها الكلوريازيبوكسيد (ليبريوم). والديازيام (فاليوم).

(٢) مجموعة مهدئة ذات تأثيرات على الجهاز العصبى المستقبل : (Sedative autonomic) وتتميز بأنها تزيد من توتر (Tone) العضلات وتقلل من

عتبة التشنجات (Threshold) ولكن ليس لها تعود (إدمان) ولا يقل تأثير الجرعة . بطول فترة التعاطى ، ولها تأثيرات على الجهاز العصبى المستقل الذى قد يجعلها غير مقبولة من المرضى .

وتشمل المجموعة الفرعية الآتية :ـ

أ- مضادات الهستامين (Antihistamines) : مثل (الداى فين هيدرامين) (Diphenhydramine) الذى يعرف تجاريا باسم (بنادريل) (Benadryl) و(هيدروكسيزين) (Hydroxyzine) الذى يعرف تجاريا باسم (أتراكس) (Atarax) فى صورة أقراص (١٠ ، ٢٥ مجم) وشراب بتركيز ١٠ مجم فى كل ٥ سم٣ .

ب- مضادات الذهان (Antipsychotics) : (الترای فلوبرازين) (Trifluoperazine) الذى يعرف تجاريا باسم (ستلازين) .

جـ- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (Tricyclic Antidepressants) مثل (الأميتريبتيلين) (Amitriptyline) الذى يعرف تجاريا باسم (التريبتوزول) .

وهناك عقاقير أخرى تستخدم فى علاج القلق منها مقفلات مستقبلات البيتا الأدرينالية (B-Adrenergic blockers) مثل (البرو برانولول) (Propranolol) الذى يفيد فى علاج الأعراض الطرفية للقلق وهى الشعور بضربات القلب والرعشة وعرق الكفين وعقار (أزاسبيروديكانديون) (Azaspirodecanedione) الذى يعرف باسم (بوسبيرون) (بوسبار) (Buspirone) ، الدى تشير الفكرة المبدئية عنه أنه ليس مهدئا ولا يحدث ادمان ، كما أنه لا يرخى العضلات ولا يعالج التشنجات ؛ وتعتبر البنزوديازيبن أكثر مضادات القلق استخداما وافتراض أنها تعمل من خلال مستقبلات خاصة فى الدماغ واعتبرت مرتبطة وظيفيا بمستقبلات (الجابا) (GABA) (Gamma Amino Butyric Acid) التى تعمل على ادخال أيونات الكلور إلى داخل الخلية بدرجة زائدة تؤدى إلى استقطاب الزائد (Hyperpolarization) للخلية مما يقلل من إثارتها و بالتالى تقل إثارة الجهاز العصبى فتحدث التهدئة .

وهناك افتراض بأن مركبات تشبه البنزوديازبين تفرز داخليا وتعمل على مستقبلات خاصة بها وتقلل القلق ، وأن نقص هذه المركبات يسبب القلق مما يستدعي تعاطيها كمركبات خارجية .

ويمكن تقسيم مجموعة البنزوديازبين حسب طول مدة مفعولهما إلى ما يلي :ـــ

١ ـــ قصيرة المفعول جدا : وهي التي يظل مفعولها من ساعتين إلى سبع ساعات ، ومن أمثلتها عقار (الترايازولام) (Triazolam) و يعرف تجاريا بأسم (هلسيون) (Halcion) وجرعته اليومية تتراوح بين (٠,٢٥ ـــ ٠,٥ مجم) و يوجد في صورة أقراص (١٢٥ و٠، ٢٥٠ و.. مجم)

٢ ـــ قصيرة المفعول : و يظل مفعولها (من ٦ إلى ١٢ ساعة) ، ومن أمثلتها العقاقير الآتية :ـــ

- البرازولام (Alprazolam) و يعرف تجاريا باسم (زنكس) (Xanax) وجرعته اليومية (من ٠,٥ ـــ ٦ مجم) ، و يوجد في صورة أقراص (٠,٢٥ ، ٠,٥ ، ١ مجم) .
- الأكسازيبام (Oxazepam) و يعرف تجاريا باسم (سريباكس) (Serepax) وجرعته اليومية (٣٠ ـــ ١٢٠ مجم) و يوجد في صورة كبسولات (١٠ ، ١٥ ، ٣٠ مجم) .
- لورازيبام (Lorazepam) و يعرف تجاريا باسم (أتيفان) (Ativan) وجرعته اليومية (١ ـــ ١٠ مجم) و يوجد في صورة أقراص (٠,٥ ، ١ ، ٢ مجم) وأمبولات ٤ مجم / ١ سم^{٣} ، وفي كل أمبولة ١ سم^{٣} .
- لورميتازيبام (Lormetazepam) و يعرف تجاريا باسم (نُكْتاميد) (Noctamid) وجرعته اليومية (٠,٥ ـــ ٢ مجم) ، و يوجد في صورة أقراص (٠,٥ ، ١ مجم) .
- تيمازيبام (Temazepam) و يعرف تجاريا باسم (نورميزون) (Normison) وجرعته اليومية (١٠ ـــ ٢٠ مجم) ، و يوجد في صورة كبسولات (١٠ ، ١٥ ، ٣٠ مجم) .

٣ ــ متوسطة مدة المفعول و يظل مفعولها (من ١٢ إلى ٣٦ ساعة) ومن أمثلتها العقاقير الآتية :ــ

ــ كلورديازيبو كسيد (Chlodiazepoxide) و يعرف تجاريا باسم (ليبريوم) (Librium)، وجرعته اليومية (١٥ ــ ١٠٠ مجم)، و يوجد فى صورة أقراص (٥ ، ١٠ ، ٢٥ مجم)، وأمبولات ١٠٠ مجم فى ٢ سم٣ .

ــ ديازيبام (Diazepam) و يعرف تجاريا باسم (فالينيل) (Valinil) أو (فاليوم) (Valium)، وجرعته اليومية (٢ ــ ٦ مجم)، و يوجد فى صورة أقراص (٢ ، ٥ ، ١٠ مجم)، وأمبولات (١٠ مجم فى ٢ سم٣)، وشراب بتركيز (٢ مجم فى كل سم٣) .

ــ كلوبازام (Clobazam) و يعرف تجاريا باسم (فريزيوم) (Frisium) وجرعته اليومية (١٠ ــ ٣٠ مجم)، و يوجد فى صورة أقراص (١٠ مجم) .

ــ برومازيبام (Bromazepam) و يعرف تجاريا باسم (لكسوتانيل) (Lexotanil) وجرعته اليومية (١,٥ ــ ١٢ مجم)، و يوجد فى صورة أقراص (١,٥ ، ٣ ، ٦ مجم) .

ــ كلورديمثيل ديازيبام (Chlordemethyl diazepam) و يعرف تجاريا باسم (إى إن) (E. N.) وجرعته اليومية (٠,٥ ــ ٦ مجم)، و يوجد فى صورة أقراص (٠,٥ مجم) ونقط بتركيز ١ مجم فى ١ سم٣ .

٤ ــ طو يلة المفعول : و يظل مفعولها (من ٤٥ ساعة إلى ٩٠ ساعة)، ومن أمثلتها العقاقير الآتية :ــ

ــ فلورازيبام (Flurazepam) و يعرف تجاريا باسم (دلمن) (Dalmane) وجرعته اليومية (١٥ ــ ٣٠ مجم)، و يوجد أقراص (١٠ ، ١٥ ، ٣٠ مجم) .

ــ نيترازيبام (Nitrazepam) و يعرف تجاريا باسم (موجادون) (Mogadon) وجرعته اليومية (١٠ ــ ٣٠ مجم)، و يوجد فى صورة أقراص (٥ ، ١٠ مجم) .

ــ فلونيترازيبام (Flunitrazepam) و يعرف تجاريا باسم (روهيبنول)

(Rohypnol) وجرعته اليومية (٢ ــ ٦ مجم)، ويوجد فى صورة أقراص (٢ مجم)، وأمبولات (٢ مجم فى ١ سم٣).

ــ كلوازيبام (Clorazepam) و يعرف تجاريا باسم (ريفوتريل) (Rivotril) وجرعته اليومية (٠,٥ ــ ٦ مجم)، و يوجد فى صورة أقراص (٠,٥ ، ٢ مجم)، وأمبولات (١ مجم فى ١ سم٣)

ــ كلورازيبات (Clorazepate) و يعرف تجاريا باسم (ترانكسين) (Tranexene)، وجرعته اليومية (١٠ ــ ٦٠ مجم)، و يوجد فى صورة كبسولات (٥ ، ١٠ مجم)، وأقراص (٥٠ مجم).

دواعى استخدام مضادات القلق :ــ

يراعى أن يكون استعمال مضادات القلق فى فترات متقطعة لتجنب الاعتماد على هذه العقاقير (خاصة البنزوديازبين والمبرو بامات والباربتيورات) وألا تستخدم إلا فى حالة أعراض شديدة، و يؤخذ فى الاعتبار العلاج النفسى دون استخدام العقاقير، وتعطى الجرعة التى تكفى لأقل تهدئة ممكنة والتأكد من التشخيص، ولا تعطى للأشخاص المدمنين للكحول أو العقاقير، ويحذر من تناول الكحول معها، و يعطى عدد الأقراص حسب الجرعة والمدة المطلوبة، و يتم سحبها تدريجيا (وقفها)، و يراعى ألا تزيد فترة التعاطى عن شهر واحد.

ودواعى الاستخدام هى :ــ

١ ــ حالات القلق : حيث تفيد أى من تلك المركبات عدا حالات الهلع فإنها لا تظهر تحسنا إلا مع عقار (البرازولام).

٢ ــ تقلص العضلات : مثل التقلص المصاحب لحالات التصلب المتناثر والتيتانوس والشلل المخى (Cerebral Palsy).

٣ ــ التشنجات التى لم يمكن وقفها بمضادات الصرع الأخرى، و يفضل عقاقير (لورازيبام) أو (الديازيبام) أو (الكلونازيبام) حقنا فى هذه الحالات، و يعطى عقار (لورازيبام) حقنا بالعضل حيث يمتص بسرعة مناسبة، و بدأ

إستخدامه بالعضل بديلا لحقن عقار (الديازيبام) بالوريد فى حالات الطوارىء النفسية ، باستثناء حالات الانسمام بعقار (الب سى ب) (PCP) .

٤ ـ فى حالات التوقف عن الكحول وظهور أعراض سحبه ، لأن مفعولها يشبه الكحول وهى مضادة للتشنجات التى قد تكون موجودة .

٥ ـ فى التحضير للعمليات الجراحية حيث تهدىء المريض وتجعله ينام جيدا ليلة إجراء الجراحة .

الأعراض الجانبية لمضادات القلق :ـ

١ ـ التهدئة الزائدة .

٢ ـ نقص التركيز مما يجعل بعض الأنشطة خطرة مثل قيادة السيارات .

٣ ـ التعود والادمان خاصة العقاقير قصيرة المفعول مثل عقار (لورازيبام) (اتيفان) .

ولقد قدم للاستخدام الطبى (عام ١٩٨٧) عقار الفلومازينيل (Flumazenil) الذى يعرف تجاريا باسم (أنكسات) (Anexate) ، وهو مضاد للبنزوديازبين فى مفعولها ، حيث يتحد مع مستقبلات البنزوديازبين داخل الجهاز العصبى المركزى فيبطل ما تحدثه من زيادة نشاط الجابا (GABA) ، ولذا فيمكن إعطاؤه فى حالات الجرعة الزائدة من البنزوديازبين أو التسمم بها ، وفى التمييز بين حالات السبات الناتجة من تسمم البنزوديازبين والناتجة من عقاقير أخرى أو آفة مخية ، كما يستخدم فى وحدات الرعاية المركزة للفطام من التنفس الصناعى ، و يعالج عقار الفلومازينيل التثبيط الحادث لمركز التنفس بواسطة تعاطى الأفيون أو مشتقاته .. و يعطى بجرعة (٠,٢ إلى ٠,٨ مجم) فحقنه وريديا بجرعة (٠,٢ مجم) يعيد الوعى لأغلب المرضى فاقدى الوعى بسبب جرعات زائدة من البنزوديازبين .

د ــ أملاح الليثيوم

قـدم الليـثيـوم إلى الــحقل الطبى منذ القرن الماضى حيث أستخدم كعلاج للنقرس ، ثم جرب فى منتصف هذا القرن فى علاج مرض الهوس إلى أن أصبح فى منتصف الستينيات علاج معترف به للهوس والاكتئاب .

ومفعول الليـثيوم هو إعادة التوازن المفقود بين أمنيات الكاتيكول والأستيل كولين (وذلك بواسطة تكسير أمنيات الكاتيكول ، وتثبيط اطلاقها عند المشبك العصبى ، وتقليل حساسية المستقبلات بعد المشبكية لتأثير أمنيات الكاتيكول) ، وكذلك من خلال تأثيره على جدار الخلية من خلال التشابه بين أيون الكالسيوم والمغنسيوم حيث يستبدل بأى منهما فيزيد من نفاذية الجدار الخلوى و يعيد التوازن بين الهوابط (Cations) داخل وخارج الخلية ، أوتثبيط إنزيم معين داخل الخلية العصبية يسبب نقص استجابتها للناقلات العصبية .

دواعى استعمال الليثيوم :ــ

(١) فى حالات الهوس .

(٢) نوبات الاكتئاب كوقائى فى حالات الاضطراب ثنائى القطبية .

(٣) الفرط الحركى ، خاصة المصاحبة بتخلف عقلى .

(٤) اضطراب الفصام الوجدانى .

(٥) حالات العدوان (السلوك العدوانى) غير الممكن كبحها .

(٦) فى حالات الاضطراب العقلى المرتبطة بالاسترو يد القشرى .

و يراعى قبل وصف الليثيوم إجراء بعض التحاليل المعملية مثل تحليل البول واختبار وظيفة الكلى ، والغدة الدرقية ، وعد دم كامل .. **ويمنع إعطاؤه فى الحالات الآتية :ــ**

(١) اضطراب وظيفة الكلى (الفشل الكلوى) .

(٢) فى حالات الحمل حيث يسبب تشوهات خلقية .

(٣) مرض القلب الذى يستلزم إعطاء مدرات البول بكثرة .

ولكى يعطى الليثيوم مفعولا علاجيا ينبغى أن يكون مستوى تركيزه فى البلازما بين (٠,٩ إلى ١,٤ ميللى مكافىء لكل.لتر) ، و يقل عن ذلك فى حالات

المرضى كبار السن .. و بعد الوصول إلى التأثير العلاجى المطلوب يقلل مستوى التركيز فى البلازما إلى أن يصبح بين (٠,٤ إلى ٠,٩ مللى مكافىء لكل لتر) .. و يؤخذ فى الحسبان أن الليثيوم يتأخر فى دخوله إلى الخلية وأنه لكى يصل إلى حالة الثبات (Steady state level) يستغرق خمسة أيام من بدء التعاطى ، وأن أفضل وقت لأخذ عينة القياس هو بعد أثنتا عشرة ساعة من آخر جرعة .. وتقدر الجرعة حسب الوزن واستجابة المريض .. و يقاس مستوى الليثيوم أول مرة بعد خمسة أيام من بدء العلاج ثم بعد الوصول إلى المستوى العلاجى المطلوب يقاس أسبوعيا لمدة شهر ، ثم فى الشهر الثانى يقاس كل أسبوعين ثم كل شهر ثم كل شهرين بعد ذلك ..

وتوجد أعراض جانبية لليثيوم :ـ

(١) جفاف الحلق فى ثلثى المرضى .
(٢) الرعشة لليدين فى نصف المرضى .
(٣) والاسهال والسمنة فى خمس($\frac{1}{5}$) المرضى .
(٤) تقليل وظيفة الغدة الدرقية .
(٥) التأثير على وظيفة الكلى فى حالات تعاطى الليثيوم لفترات طويلة فى نسبة قد تصل إلى (٢٥ ٪) .

يلاحظ أن الليثيوم لا يتحد مع بروتين البلازما بأى قدر منه ولكنه يتوزع فى سوائل الجسم ، ونصف عمر (half-life) الليثيوم عشرون ساعة ، و يتم إفرازه عن طريق الكلى ، و يفرز أيضا فى لبن الأم المرضعة .

التأثر الدوائى مع الليثيوم :ـ (interaction)

ـ أغلب مدرات البول تزيد من مستوى الليثيوم فى الدم لدرجة تصل إلى حدوث تسمم ، ولكن المدرات الاسموزية والزانثينات (مثل القهوة) تقلل من معدل الليثيوم بالدم .

ـ إعطاء مضادات الذهان مع الليثيوم ينشأ عنه تآذر مفعولهما (Synergistic) وتزداد الأعراض الجانبية العصبية غير المرغوبة لعقار الليثيوم (عدا مع عقار الهالوبيريدول) .

- مع مضادات الصرع بما فيها الكاربامازبين (Carbamazepine) قد تحدث أعراضا عصبية غير مرغوبة .

هـ ـ عقار الكاربامازبين
(Carbamazepine)

يعرف هذا العقار تجاريا باسم (التيجريتول) (Tegretol) ، و يستخدم فى علاج الصرع ،و يعطى فى الطب النفسى لمرضى الاضطراب ثنائى القطبية كبديل لعقار الليثيوم ، وفى اضطراب الشخصية الحدية والاكتئاب غير النمطى المتميز بمشاعر اختلال الانية والاضطرابات الادراكية .. ويمتص العقار ببطء و يصل إلى قمته فى البلازما بعد أربع وعشرون ساعة .. وطريقة عمل الكاربامازبين يعتقد أنها من خلال الجابا (GABA) ، أومن خلال تغيير نشاط بعض الانزيمات .

يعطى العقار بعد عمل صورة دم متضمنة عد الدم الأ بيض و وظائف الكبد بجرعة مبدئية (٢٠٠ مجم) مرتين يوميا ، وتزداد بمقدار (٢٠٠ مجم) فى اليوم كل أسبوع إلى أن يصل المعدل فى البلازما إلى ٦ ـ ٨ مجم فى كل لتر، ويمكن أن تصل الجرعة إلى ١,٢٠٠ مجم أو ٢٠٠٠ مجم فى اليوم ، يوجد منه أقراص ٢٠٠ مجم وشراب بتركيز ١٠٠ مجم / ٥ سم٣

التآثر الدوائى :ـ

وخلط الليثيوم مع الكاربامازبين يحدث تآذراً بينهما يزيد من فعاليتهما فى الحالات التى لا تتحسن مع أحدهما على حده ، ولكن يراعى أن قلة من الحالات قد يحدث لها تسمم بسبب هذا التآذر، لذا تزاد جرعة كل منهما ببطء شديد .

الأعراض الجانبية للكاربامازبين :ـ

- الغثيان والقيء والدوخة والرنح واهتزاز الرؤية ، ويمكن تحاشى هذه الأعراض بإعطاء الجرعة فى تزايد تدريجى .

— بعض المرضى يحدث لهم فقر دم (Aplastic anemia) أونقص فى كرات الدم البيضاء (ندرة المحببات) (Agranulocytosis) لذا يلزم عمل صورة دم كل ثلاثة شهور وكذلك وظائف الكبد .

ثانيا — العلاج بالكهرباء (النوبات المحدثة كهربائيا)

(Electro- Convulsive Therapy) (E. C. T.)

وهو بتمرير كهرباء من خلال جهاز الصدمات الكهربائى الذى يحول فرق الجهد إلى ٣٠ — ١٧٠ فولت لمدة ثانية واحدة إلى خمس ثوان ، وعند مرور هذه الكهرباء بالدماغ تحدث تشنجات ، لذلك سمى بالعلاج الكهربائى المحدث للتشنجات ، أوالنوبات المحدثة كهربائيا .

يشاع عن هذا النوع من العلاج خطأ أنه يحدث تلفا بالدماغ وهذا غير صحيح ، حيث تعد النوبات المحدثة كهربائيا من العلاجات الطبنفسية الهامة والمفيدة والمأمونة ، ولقد بدأ استخدام هذاالنوع من العلاج فى (روما) عام (١٩٣٨) ، و بدأ تعديل طريقة الاستخدام باعطاء مرخى العضلات فى عام (١٩٥٧) .

و يستخدم هذا العلاج فى الحالات الآتية :—

(١) الاكتئاب خاصة المصاحب باحساس شديد بالذنب وميول انتحارية و بطء شديد فى السلوك الحركى ، وفقدان الوزن والاهتمام ، وأرق عند الفجر .

(٢) حالات الاضطراب الوجدانى ثنائى القطبية فى حالة الاكتئاب منه .

(٣) حالات الهياج سواء كان ذلك فى الهوس أو الفصام الكتاتونى .

(٤) و يرى البعض أنها مفيدة فى حالات الفصام الحاد ، خاصة عندما تكون مصاحبة بأعراض اكتئابية .

ويحظر إعطاء عقاقير البنزوديازبين مع أوقبل جلسات الكهرباء لانها مضادة للتشنجات وكذلك مع مثبطات الانزيم المؤكسد للأمينات الأحادية

(M.AO.Is) وقطرات العين المضادة للكولينستراز والليثيوم الذى قد يغير من أيض مرخى العضلات (Succinylcholine) .

ويجب عدم تحديد الجلسات فى أول العلاج و يقوم المريض بعد كل جلسه ، وقد تكون الاستجابة بعد ثلاث جلسات كافية ، وتعطى الجلسات مرتين أوثلاثة مرات أسبوعيا على أن لا تقل الفترة بين كل جلستين عن ٤٨ ساعة .

كما يجب ملاحظة مريض الاكتئاب الذى لديه ميول انتحارية بعد بدء جلسات العلاج الكهربائى حيث يتحسن النشاط الحركى بينما يتأخر تحسن الحالة الوجدانية ، وهذا قد يؤدى به إلى الانتحار .

ولقد لوحظ أن العلاج بالنوبات المحدثة كهربائيا بعد عدد من الجلسات (من ٤ إلى ٦ جلسات) يؤدى إلى تغير فى موجات الدماغ الكهربائى حيث تصبح بطيئه وذات فرق جهد عالى ومنتشرة ومتماثلة فى الجانبين ، وهذا يعنى انها ناشئة من التراكيب العميقة فى الدماغ ، غالبا الدماغ البينى (أى المنطقة التى تشمل المهاد وتحت المهاد) وهذا يؤثر على الحالة الوجدانية ، بالاضافة إلى أن التأثير على تحت المهاد ينبه الغدة النخامية فيفرز هرموناتها (لأن نقصها قد يكون مسئولا عن بعض الأعراض) ، وهذا التفسير النيوروفسيولوجى لتأثير النوبات المحدثة كهربائيا ؛ وهناك تفسير آخر كيميائى يفترض أن التحسن الاكلينيكى نتج من تغيرات كيميائية بالمخ حيث يحقق التوازن المفقود بين الناقلات العصبية المختلفة (الكولينية والسيرتونية والنوراد رينالينية) بالإضافة إلى إحداث تغيير فى كل ناقل على حدة .. وهناك أبحاث برهنت على أن النوبات المحدثة كهربائيا تحدث نقصا فى تخليق وإفراز الجابا (GABA) ، بالاضافة إلى زيادة نشاط الأفيونات الداخلية .

يحضر المريض بأن تكون معدته خالية وتفرغ المثانة وتزال التركيبات الصناعية مثل الأسنان و يعطى مضاد للنشاط الكولينى مثل الاتروبين قبل الجلسة بثلاثين دقيقة ، لتقليل الافرازات وزيادة إيقاع ضربات القلب (لتعويض البطء الذى يحدث أثناء الجلسة) ، ويجب إعطاء مضاد النشاط الكولينى بصفة خاصة للمرضى الذين يتعاطون عقاقير تقفل مستقبلات البيتا الأدرينالينية ، يُبَنَّج المريض و يعطى مرخى العضلات و يلزم إعطاء الأكسجين

من بدء التخدير حتى استعادة التنفس التلقائى المناسب عدا اللحظات القصيرة التى تعطى فيها شحنة الكهرباء ، و يراعى أن يكون عمق التبنيج خفيفا ما أمكن لتقليل التأثيرات غير المستحبة وتجنب رفع عتبة النوبة الذى يرتبط بالتبنيج .. ويجب أن تظل النوبة من (٣٠ ــ ٦٠ ثانية) ، وعلامة حدوثها بسط الإخمص (Planter extension) . و يراعى وضع الاقطاب على نصيف كرة المخ غير السائدة لتجنب النسيان الذى يعقب النوبة وتوضع قطعة من المطاط بين الأسنان (لأنها قد تنقبض من التنبية المباشر للأقباط) .

موانع الاستخدام :ــ

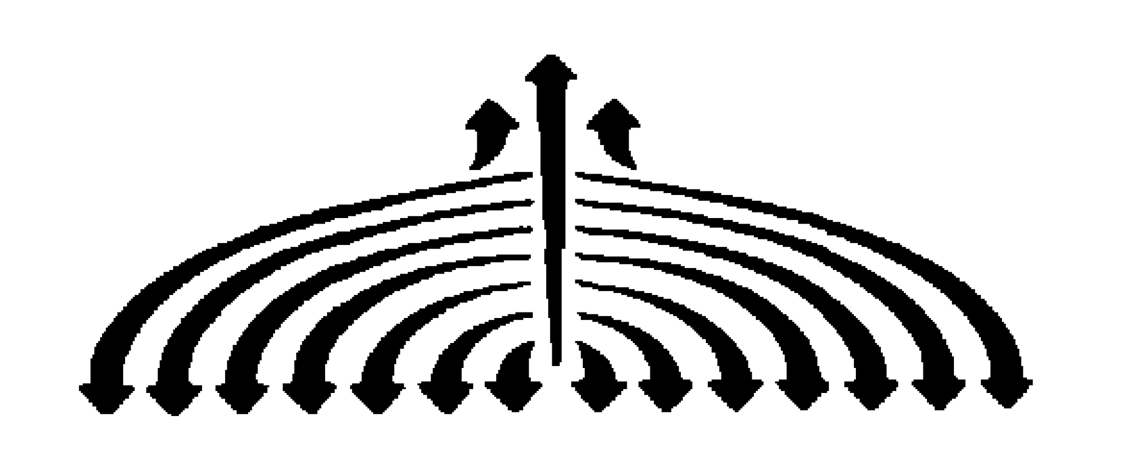
حاليا لا توجد موانع مطلقة لاستخدام النوبات المحدثة كهربائيا ، ولكن فى بعض الحالات يكون المانع نسبى مثل وجود ورم بالمخ واحتشاء حديث لعضلة القلب ، حيث يمكن إعطاء النوبات مع إجراءات احتياطية لمنع المضاعفات التى قد تحدث فى هذه الحالات .

ثالثا ــ العلاج الجراحى

(Psychosurgery)

حيث يتم التدخل الجراحى لقطع الألياف التى تربط جزءاً من الدماغ بجزء آخر ، أولازالة أوتنبيه جزء من نسيج الدماغ بهدف تعديل أوتغيير السلوك المضطرب أومحتوى التفكير .. فمثلا تقطع الألياف العصبية التى تصل بين الفص الجبهى من قشرة الدماغ والمهاد فى حالات الاكتئاب المصاحب بأعراض ذهانية والذى يحدث لشخصية صلبة وسواسية فشل معها العلاج بمضادات الاكتئاب والعلاج الكهربائى .

ولهذه الطريقة من العلاج مضاعفاتها التى ينبغى أن يحسب لها حساب قبل التفكير فى إجرائها وتنتقى لها حالات خاصة حتى تؤدى النتيجة المرجوة منها .



الفصل الثانى

العلاج النفس والاجتماعى

أولا : العلاج النفسى :ـ

يعرف العلاج النفسى بأنه العلاج الذى يستخدم فيه أى من الفنيات النفسية فى علاج الاضطرابات النفسية والعقلية .. وفنيات العلاج النفسى كثيرة ولكن للكلمة دور رئيسى فى العلاج النفسى .

وللكلمة تأثير لا يقل عن تأثير الدواء ، بل هى أسرع منه لأنها لا تحتاج وقتا للامتصاص والتمثيل ثم الوصول إلى المستقبلات التى تؤثر عن طريقها ، ولكى نتصور ذلك علينا أن نتذكر ما تحدثه فينا الكلمات ، فقد يسمع الفرد كلمة تسبب له مباشرة انفعال يظهر فى صورة زيادة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وزيادة عدد مرات التنفس ورعشة اليدين ، والتفسير البيولوجى لذلك أن الكلمة أثارت شحنة انفعالية فى الجهاز السمبتاوى الذى زاد نشاطه عن طريق افراز مادتى الادرينالين والنور أدرينالين ، وقد يسمع الفرد كلمة بعد تلك الكلمة السابقة تكون بردا وسلاما عليه فتهدأ ضربات قلبه و يرتاح تنفسه وتختفى رعشة يديه ، أى

الانفعال قد اختفى وعادت مادتى الأدرينالين والنور أدرنيالين إلى معدليهما الطبيعى .

والكلمة قد تكون من المريض يصف بها معاناته ويخرج بها انفعالاته وتسمى عملية التفريغ الانفعالى أو التنفيس الانفعالى (Emotinal Cathersis) أو تكون من المعالج وهى فى هذه الحالة تهدئة وطمأنة أو تفسير أو توجيه أو ايحاء .

وإذا كان العلاج النفسى يتم عن طريق الكلمات فى حالة من يستطيع ذلك ، فإن هناك من لا يستطيع ذلك مثل الأطفال حيث يتم علاجهم بواسطة اللعب وتستخدم فى ذلك لعب خاصة ، وقد يتم ذلك بواسطة الرسم أو النحت أو الموسيقى أو الغناء .

والعلاج النفسى وإن كان يهدف جميعه إلى تخفيف الأعراض وتحقيق الشفاء ما أمكن ذلك ، إلا أن لكل نوع من العلاج النفسى هدف يسعى إليه حسب المدرسة التى يتبعها المعالج فالمعالج التحليلى يهدف إلى فهم ديناميات المرض ومعرفة أسبابه بينما لا يهتم المعالج السلوكى بذلك حيث يهدف إلى تعديل السلوك المرضى إلى سلوك سوى .

أنواع العلاج النفسى :ـ

(أ) حسب الإطار الذى يتم فيه :
(١) العلاج الفردى .
(٢) العلاج الجماعى والزوجى والاسرى

(ب) حسب المستوى الذى يصل إليه :
(١) العلاج النفسى السحطى .
(٢) العلاج النفسى العميق .

(جـ) حسب المدرسة المتبعة :
(أ) تحليلى (المدرسة التحليلية) .
(ب) سلوكى (المدرسة السلوكية) .

أ ــ العلاج النفسى التحليلى

(١) العلاج النفسى السطحى (التدعيمى) :

وفيه يعمد المعالج إلى تدعيم الوسائل الدفاعية لدى المريض ، و يعتبر نوعا من التضميد ونلجأ إليه حينما تكون الذات ضعيفة بدرجة قد تجعل مهاجمة الوسائل الدفاعية تؤدى إلى انهيار الذات ، لذلك نساند الذات وندعمها ، ولا نلجأ إلى التفسيرات أو المواجهة ، بل نسعى إلى تقوية دفاعاتها ، وهو يتعامل مع المرض الحالى أساسا والعوامل المباشرة (المرسبة للمرض) .

من مميزات هذا النوع من العلاج :ــ

(١) أنه أبسط الأنواع وقصير المدة .

(٢) قليل فى أعراضه الجانبية ولا يتطلب أن يغير الفرد طريقة حياته .

(٣) يمكن دمجة مع أنواع أخرى من العلاج .

لذلك يكثر استخدام هذا النوع من العلاج ولكن من عيوبه :ــ

١ ــ أنه أقل شفائية وتأثيره سطحى .

٢ ــ تزيد نسبة الانتكاس فيه .

ونظرا لهذه العيوب فإنه يمكن تطوير هذا النوع من العلاج الذى يعتبر علاجا تدعيميا مخططا حيث يشمل بعض التفسير والمواجهة ويمكن أن يصبح الشكل المطور لهذا النوع من العلاج ما يلى :ــ

عدد من الجلسات النفسية (المقابلات) يتراوح بين ٨ ، ١٢ جلسة تتم اسبوعيا مدة كل منها من ثلاثين دقيقة إلى خمسة وأربعين تكون أهدافها وتوزيعها كالتالى :ــ

(١) بناء علاقة بين الطبيب (المعالج) والمريض وأخذ التاريخ المرضى والفحص و يتم ذلك فى جلستين إلى أربعة جلسات .

(٢) اختيار الأهداف و بلورة خطة العلاج فى عدد يتراوح بين ثلاثة وأربعة جلسات .

(٣) التفسير وربط التفسيرات بحياة المريض وفهمه لها ومدى قبوله لها فى آخر ثلاثة إلى أربعة جلسات .

وعلى المعالج أن لا يكثر من النصح والارشاد و يترك الفرصة للمريض لكى يصل بنفسه إلى مايريده هو بتوجيه فقط من المعالج . لذلك كان أكثر العناصر أولوية وأهمية فى الخطة السابقة للعلاج هو التنفيس (أى تعبير المريض عن نفسه واخراج انفعالاته) حيث يخصص المعالج له ما يقرب من ٧٠ ٪ من الوقت ، ثم يليه الاستكشاف (يستدعى المريض الصدمة و يكتشف الروابط ، بينما المعالج يستفسر) . وهذه يخصص لها المعالج ما يقرب من ٢٠ ٪ من الوقت ، ثم آخر المراحل وهى التوجيه (المعالج يطمئن المريض و يفسر له الاعراض بينما المريض يستمع و يستفسر) ويخصص لها ١٠ ٪ من الوقت فقط .

الحالات التى يمكن استخدام العلاج التدعيمى معها :ـ

بصفة عامة يمكن استخدام العلاج التدعيمى مع كل أنواع الاضطرابات النفسية ، ولكن يخطط لكل نوع من المرض النفسى بحيث يتفق معه ، فمثلا مريض الفصام (Schizophrenia) يحتاج إلى علاج تدعيمى ومريض الذهان عموما يحتاج إلى علاج تدعيمى حيث يقيم فيه علاقة مع المعالج بجانب الدواء ، ولكن هذا النوع من العلاج التدعيمى يختلف عن مثيله الذى يتلقاه مريض عصابى والذى يكون مخططا بالشكل السابق وصفه ، حيث يكون المريض واعيا باضطرابه الانفعالى و يرغب فى العلاج .

التنبوء مع العلاج التدعيمى : (Prognosis)

(١) تتوقف نتيجة هذا النوع من العلاج على شخصية المريض فكلما كانت شخصية المريض أقل نضجا كلما كانت استجابته للعلاج بطيئة .

(٢) تتوقف أيضا على نوع المرض النفسى ، فمثلا المريض النفسى الذهانى ومريض الوسواس القهرى تقل استجابته وتكون غير مرضية لهذا النوع من العلاج .

(٢) العلاج النفسى التحليلى : (Psychoanalytic Psychotherapy)

وهو العلاج الذى يصل إلى عمق يمكن معه فهم أجزاء شخصية المريض (الأنا

والأنا الأعلى والغرائز) والحيل الدفاعية التى يسلكها الأنا فى مواقفه، خاصة مقدار كبت الغرائز وإطلاق هذا الكبت للتعبير عن اللاشعور، و يتم ذلك من خلال التداعى الحر الموجه من المعالج ومن خلال تفسير الأحلام والتصرفات فى المواقف وزلات اللسان، وقد يستغرق ذلك من أسابيع إلى شهور، وخلاله يحدث الطرح من المريض تجاه المعالج وقد يحدث من المعالج طرح تجاه المريض أيضا يسمى بالطرح المضاد، وهو أن المريض يطرح مشاعر وأفكار كانت تجاه شخصيات سابقة فى حياته تجاه المعالج، وحل هذا الطرح جزء من العلاج النفسى.

و يتم هذا العلاج النفسى التحليلى فى إطار فردى، وفى جلسات تسمى جلسات العلاج النفسى يفضل أن لا يقل عددها عن مرتين أسبوعيا مدة كل منها من ثلاثين إلى خمسة وأربعين دقيقة.

و يطبق هذاالنوع من العلاج النفسى مع المرضى الذين لا يقل ذكاؤهم عن المتوسط و يفضل أن يكونوا من صغار السن (أقل من أربعين عاما)، ليس لديهم أعراض ذهانية، ذو شكل مقبول، وقدرة مادية للاستمرار فى هذا العلاج إذا كان على نفقة المريض..

(٣) التحليل النفسى: (Psychoanalysis)

وهو الوصول إلى عمق ليس للفهم أولحل الصراعات (الداخلية أوالخارجية) مثل النوع السابق ولكنه إعادة بناء للشخصية من خلال تداعى حرتام وتفسير الأحلام وتفسير الطرح العصابى، الأمر الذى يجعل اللاشعورى شعوريا، وحل الحيل الدفاعية، وإعادة تركيب (بناء) أجزاء الشخصية من خلال التفسير مع إعادة التعلم.. وهذا العلاج يستلزم معالجا مر هو نفسه بخبرة التحليل النفسى كعلاج حتى يفهم و يفصل بين ما هو خاص بالمريض من مشاعر وما هو خاص به، وعلى أن يكون المريض من النوع الموصوف مسبقا (فى العلاج النفسى التحليلى) و يلزم لهذا النوع من العلاج عددا أكثر من الجلسات الاسبوعية لا تقل عن ثلاثة وقد تصل إلى خمسة جلسات أسبوعيا، ويمتد من عام إلى ستة أعوام، ومدة الجلسة الواحدة تتراوح بين أربعين إلى خمسين دقيقة.

ب ـ العلاج النفسى السلوكى

و يعتمد هذا النوع من العلاج على حقيقة أن الأعراض العصابية أنماط متعلمه من السلوك التى نتجت أساسا لتخفيف القلق ، و يرى المعالجون المسلكيون أننا إذا استطعنا إزالة التشريط لدى المريض فاءننا نستطيع تغيير الفعل المنعكس المسئول عن أعراض المريض.. **ومن أهم الفنيات المتبعة فى العلاج المسلكى مايلى :ـ**

(١) سلب الحساسية التدريجى (Gradual desensitization) : وتستخدم فى حالات الرهاب (Phobias) ، وذلك بالتعرض التدريجى والمتكرر لمثير القلق (الخوف) حتى يمكن الاسترخاء مع وجود المثير (مثل الخوف من الدم ، نهيء المريض نفسيا للتعرض التدريجى للدم بذكر الاسم ثم التقريب التدريجى مع الاسترخاء إلى أن يصير فى متناول اليد دون خوف) .

(٢) ازالة التشريط (Deconditioning) : وتستخدم فى حالات ادمان الكحول حيث يعطى المدمن حقنة (أبومورفين) ثم يعطى بعدها الكحول فتظهر أعراض الغثيان والقيء وآلام المعدة مع زيادة ضربات القلب فيؤدى ذلك إلى النفور من الخمر.. وتستخدم أيضا فى حالات الجنسية المثلية حيث يعطى صورة لممارسة جنسية مثلية و يطلب منه الاندماج فى تخيل نفسه أحد الطرفين فى الصورة (طبقا لاضطرابه) ثم حين يصل الاندماج فى التخيل يعطى صدمة كهربية مؤلمة ، و يكرر ذلك عدة مرات على أيام فيحدث النفور من الجنسية المثلية .

(٣) التعليم الشرطى الايجابى : (Positive Conditoning) : وتستخدم فى حالات التبول اللاإرادى ، حيث يوضع جهاز الجرس الذى يتصل بشريحتين من المعدن توضعان فوق بعضهما وتفصل بينهما ملاءة والعليا بها ثقوب ومتصلتان ببطارية وعندما يبول الطفل تبلل الملاءة التى بين الشريحتين فتغلق الدائرة و يرن الجرس فيستيقظ الطفل ، و بتكرار ذلك يتعلم أن يستجيب لامتلاء المثانة بالاستيقاظ بدلا من التبول .

(٤) الإعادة الحيوية (Biofeedback) : و يستخدم لذلك جهاز متعدد الأنواع منه الإعادة الحيوية لرسم العضلات (E M G) أوتخطيط الدماغ (E E G) وعلى

سبيل المثال يستخدم جهاز الإعادة الحيوية لرسم العضلات فى حالات صداع التوتر حيث توضع أقطاب الجهاز على عضلات الجبهة فينتقل توتر عضلة الجبهة إلى الجهاز الذى يطلق صوتا عاليا يختفى هذا الصوت كلما استطاع المريض الاسترخاء الإرادى ، و بتكرار هذا التدريب يستطيع المريض أن يسترخى إراديا دون معونة الجهاز وهذا يترتب عليه اختفاء الصداع .

والجدول التالى يبين مقارنة بين العلاج النفسى التحليلى والعلاج النفسى السلوكى :ـ

العلاج التحليلى	العلاج السلوكى
١ـ يعتبر العرض تعبير عن عقد اللاشعور	يعتبر العرض استجابة غير تكيفية .
٢ـ العرض يعتبر تخفيف للكبت	العرض دليل على تعلم خاطىء .
٣ـ العرض يتحدد بالحيل الدفاعية	العرض يتحدد باختلاف التشريط والقدارات الخاصة بالجهاز العصبى المستقل والظروف المحيطة
٤ـ كل علاج العصابيين يجب أن يكون على أسس تاريخية .	كل علاج العصابيين يتعلق بتكوين العادة .
٥ـ يختفى العرض بعلاج اللاشعور	يعالج العرض منفصلا و يثبت مكانه ما يراد .
٦ـ يهتم بتفسير الأحلام والأفعال	التفسير لا يعنيه .
٧ـ العلاج الموجه للعرض يؤدى إلى تغييره فقط .	علاج العرض يعطى شفاء دائما .
٨ـ الطرح هام فى العلاج .	علاقة الطرح غير هامة فى العلاج .

جـ ـ مدارس أخرى للعلاج النفسى

(١) مدرسة الجشطالت : والعلاج يقوم فيها على النظرة الكلية أو التكاملية وإنهاء المتناقضات داخل الإنسان دون الالتجاء إلى التنقيب فى الماضى ، و يقوم المعالج بمحاصرة المريض بأسئلته مما يضطره إلى مواجهة نفسه سعيا إلى التكامل ، و يهدف إلى ربط المريض بواقعه الفعلى لإحداث التكامل بين

المريض وواقعه ، و يرى المعالج الجشطالطى أن العرض النفسى نكوص إلى مسالك طفلية لكى يعفى المريض نفسه من تحمل المسئوليات وتبعات الكبار، وكى يعتمد على غيره .. و يركز العلاج الجشطالطى على هنا والآن ، و يستخدم السيكودراما وفنيات المقعد الخالى .

(٢) **مدرسة العلاج الوجودى :** وتعتبران سبب المرض هو الخواء النفسى الذى يشعر به المريض وعدم وجود معنى لحياته ، ومهمة المعالج بالمعنى الوجودى هو أن يوضح للمريض أن لحياته معنى ، وتحو يل الجوانب السالبة إلى إنجاز إنسانى ، وتحو يل يأس المريض إلى أمل ، ومحنته إلى انجاز انسانى .. وأن يكون هناك حوار له دلالة وله معنى كامل وعلاقة عميقة مع آخر ، وأن يتخطى المريض هذا الحوار و يتجاوز نفسه ، و يتخطى الكائنان كيانهما إلى الواقع والعالم المحيط ، بحيث يقدمان إضافة إليه تسعده و بالتالى تسعدهما .

وهناك مدارس نفسية كثيرة قدمت فهما لنفسية الانسان ، وتبعا لها قدمت طرق للعلاج النفسى مثل العلاج بالواقع والعلاج العقلانى إلى آخر هذه المدارس .

د ــ العلاج النفسى الجماعى

وهو العلاج الذى يتم فى إطار مجموعة من المرضى يتراوح عددهم من ثلا ثة إلى خمسة عشر مريضا ، مع معالج مدرب على العلاج الجماعى و يعاونه مساعد معالــج ، و يسهلان التفاعل و يساعد أفراد المجموعة كل منهم فى إحداث تغير فى شخصيته ، عن طريق فهم ديناميات التفاعل أوتدعيم الافراد فى المجموعة .. و يتم انتقاء الأفراد المتجانسين من حيث الاضطراب النفسى فلا يوضع مريض فصام عقلى مع مرضى عصابيين .

ثانيا : العلاج البيئى والاجتماعى :ـــ

هذاالنوع من العلاج يوجه أساسا إلى البيئة التى يعيش فيها المريض وما يتعلق بعمله وطريقة معيشته و يشمل :ـــ

(١)الناحية التدعيمية ومنها :ـــ

(أ) مساعدة المريض ماديا إذا لم يكن له مصادر مادية ولا يستطيع العمل .

(ب) شراء أجهزة تساعده التغلب على عاهته أن وجدت ، أو تساعده على الكسب المادى ليستطيع المعيشة .

(جـ) مساعدته فى إيجاد عمل مناسب . ان كان يستطيع ذلك وان كان يعمل عملا لا يستطيع القيام به ؛ مساعدته فى الحصول على عمل خفيف ، أو اجازة من العمل حتى تتحسن حالته .

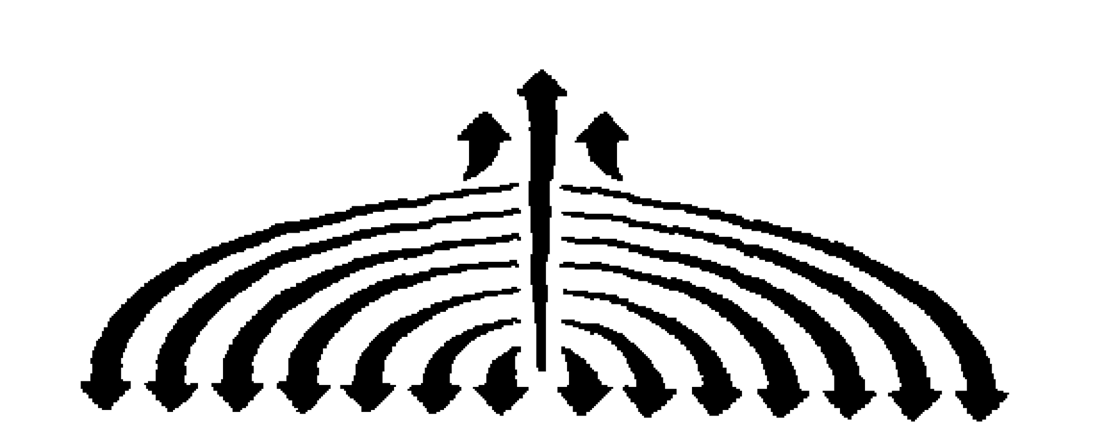
(٢) علاقاته الاجتماعية وتشمل :ـــ

(أ)الاسرة والابناء والاقارب .

(ب) زملاء العمل ورؤسائه .

مساعدته على تحسين علاقاته بهم وافهامهم لحالته حتى يمكن مساعدته من جانبهم أيضا .

و يقوم بهذا الدور وهذا النوع من العلاج الاخصائية الاجتماعية حيث تقوم بزيارات لأسرة المريض ولجهة عمله وتساعده فى ذلك بالطريقة المتقدمة .



■ المراجع ■

أولا : المراجع العربية :ـ

ـ العقباوى (أحمد شوقى) (١٩٨٩) : حول ظاهرة الادمان جريدة الاهرام ١٢/٩ .

ـ المدنى (عادل) : مدخل إلى العلاج النفسى وأشهر مدارسه .

ـ جيلفورد (ج ب) (١٩٨٤) : ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية ، المجلد الاول ، إشراف يوسف مراد ، منشورات علم النفس التكاملى ، الطبعة السادسة ، دار المعارف القاهرة .

ـ حمودة (محمود) (١٩٨٦) : الحقيقة الكاملة للمخدرات مجلة طبيبك الخاص عدد رقم ٢٠٥ (يناير) .

ـ دافيدوف (لندال) (١٩٨٠) : مدخل علم النفس ، الطبعة الثانية ، ماكروهيل للنشر ترجمة سيد الطواب وآخرون ، دار المريخ الرياض .

ـ شاهين (عمر) والرخاوى (يحى) (١٩٧٧) : مبادىء الأمراض النفسية مكتبة النصر الحديثة القاهرة الطبعة الثالثة .

ـ شعلان (محمد محمد) (١٩٧٧) : الاضطرابات النفسية فى الأطفال ـ الجزء الاول الجهاز المركزى للكتب الجامعية الطبعة الأولى .

ـ شعلان (محمد محمد) (١٩٨٣) : الطبيب انسانا محاضرات فى العلوم السلوكية للطبيب .

- شعلان (محمد محمد) (١٩٨٥) : النفس والناس .
- شعلان (محمد محمد) (١٩٨٩) : الادمان رؤية غير طبية من طبيب جريدة الاهرام ٣١/٨
- شوقى (مدحت عزيز) (١٩٨٥) : الطب والجنس ، كتاب الحرية (٣)، دار الحرية القاهرة .
- شيهان (دافيد) (١٩٨٨) : مرض القلق ، ترجمة عزت شعلان ، عالم المعرفة (١٢٤) المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب الكويت .
- صادق (عادل) (١٩٨٩) : فى بيتنا مريض نفسى سلسلة كتاب الحرية العدد (١٩) دار الحرية القاهرة الطبعة الأولى .
- عثمان (عبد اللطيف موسى) (١٩٨٦) : أمراض الجهاز العصبى طبعة أولى .
- عثمان (عبد اللطيف موسى) (١٩٨٨) . الجنس أسراره ومشكلاته الطبعة الثانية .
- عثمان (عبد اللطيف موسى) (١٩٨٩) : الادمان والمدمنون ، الطبعة الأولى .
- عكاشة (أحمد) (١٩٨٤) : الطب النفس المعاصر الانجلو المصرية ١٦٥ ش محمد فريد القاهرة .
- عكاشة (أحمد) (١٩٨٢) : علم النفس الفسيولوجى الطبعة السادسة ، دار المعارف القاهرة .
- فينخل (أوتو) (١٩٦٩) : نظرية التحليل النفسى فى العصاب ، ترجمة صلاح مخيمر ، وعبده ميخائيل رزق ، الانجلو المصرية ، القاهرة .
- مصطفى (عبد الكريم) (١٩٨٨) : دراسة وصفية تحليلية لعينة من المصريين المرضى باضطراب التحول رسالة ماجستير بطب الازهر غير منشورة .
- هول (كالفن) ، ليندزى (جارنر) (١٩٧٨) : نظريات الشخصية ، ترجمة فرج أحمد فرج وآخرون ، توزيع الهيئة المصرية العامة للكتاب ــ القاهرة .
- و يتيج (ارنوف) (١٩٧٧) : مقدمة فى علم النفس ، ماكجروهيل للنشر ، ترجمة عادل عز الدين الأشول وآخرون دار المريخ الرياض .

ثانيا : المراجع الاجنبية :ـ

— American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Pub. by Amer. Psychiat. Assoc. Washington D.C.,3rd Ed.

— .....(1987): Diagnostic and Statis. Man. of mental Disord.,Pub. by Amer. Psychiat. Assoc. Washington DC.3rd Ed revised.

— Bird, J.& Harrison,G. (1984): Examination notes in Psychiatry, John Wright & Sons Ltd. England.

— Bridgeman, (Bruce). (1980): The Biology of Behaviour, John Wiley & Sons, New York, Ist. ed.

— El- Rakhawy, M.T. (1977): Neuroanatomy for medical students, Al- Ahram Press, Cairo.

— English, H.B.& English (Ava).(1961): Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical trems, Longman, Green & Co. London.

— Fantozzi, R. et al. (1988): Clinical Experiences With Flumazenil in Benzodiazepine and Mixed-drug Overdoses, Resuscitation, 16, Supp., Elsevier Scientfic Pub. Ireland Ltd.

— Ganon, W.F. (1987): Review of medical Physiology, Appleton& Lange, California, Thirteenth ed.

— Gregory, I.& Smeltzer, D. (1983): Psychiatry, Essentials of Clinical Practice, Little, Brown & Comp., Boston, 2nd. ed.

— Guyton, A.C. (1977): Textbook of medical Physiology, W.B. Saunder, Company, 5th. ed.
— Hamilton, M. (1974): Fish's Clinical Psychopathology Signs and Symptoms in Psychiat., John Wright& Sons Ltd. Bristol.
— Hayman, S.E. (1985): Manual of Psychiatric Emergencies, (editor), Little Brown& Comp., Boston.
— Hollister, L.E. (1983): Clinical Pharmacology of Psychotheraputic drugs, New York, Churchill Livingstone.
— Kaplan, (Helen) S. (1974): The new sex therapy, Brunner, Mszel, New York.
— Kaplan, H.I.& Sadock, B. (1988): Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sci. Clinical Psychiat., Williams& Wilkins, Baltimore.
— Lindsay, K.W., Bone, L.& Callander, R. (1986): Neurology& neurosurgery illustrated, Churchill Livingstone, London.
— OKasha, A. (1980): Essentials of General Psychology for Medical Students, The Anglo-Egyptian, Cairo, 5th. ed.
— .... (1988): Okasha's Clinical Psychiatry, The Anglo-Egyptian, Cairo.
— Shaalan, M.M. (1982): Psychiatry, its role in undergraduate medical Studies.
— Sims, A.& Hume, W. (1984): Lectures notes on behavioural sciences, Blackwell scien. pub., London.
— Thompson, R.F. (1975): Introduction to physiological psychology, Harper& Row pub., New York.
— Winefield, H.R.& Peay, M.Y. (1980): Behavioural Sciences in Medicine, Univ. Park Press, Baltimore, Ist. ed.
— World Health Organization (1978): Ninth Revision of The International Classification Of Diseases, Mental disorders, W.H.O. Geneva.
— .... (1988): I.C.D. 10, Draft of Chapter V Categories, Mental, Behavioural and Developmental disorders, W.H.O. Geneva.
— World Psychiatric Association (1988): Regional Symposium, October, Book of abstracts, Amer. Psychiat. Assoc., Washington Dc.
— Zaki. O.A. (1970): Revision for medical physiology, Al-Nasr Modern Bookshop, Cairo, 2nd.ed.

المحتويات

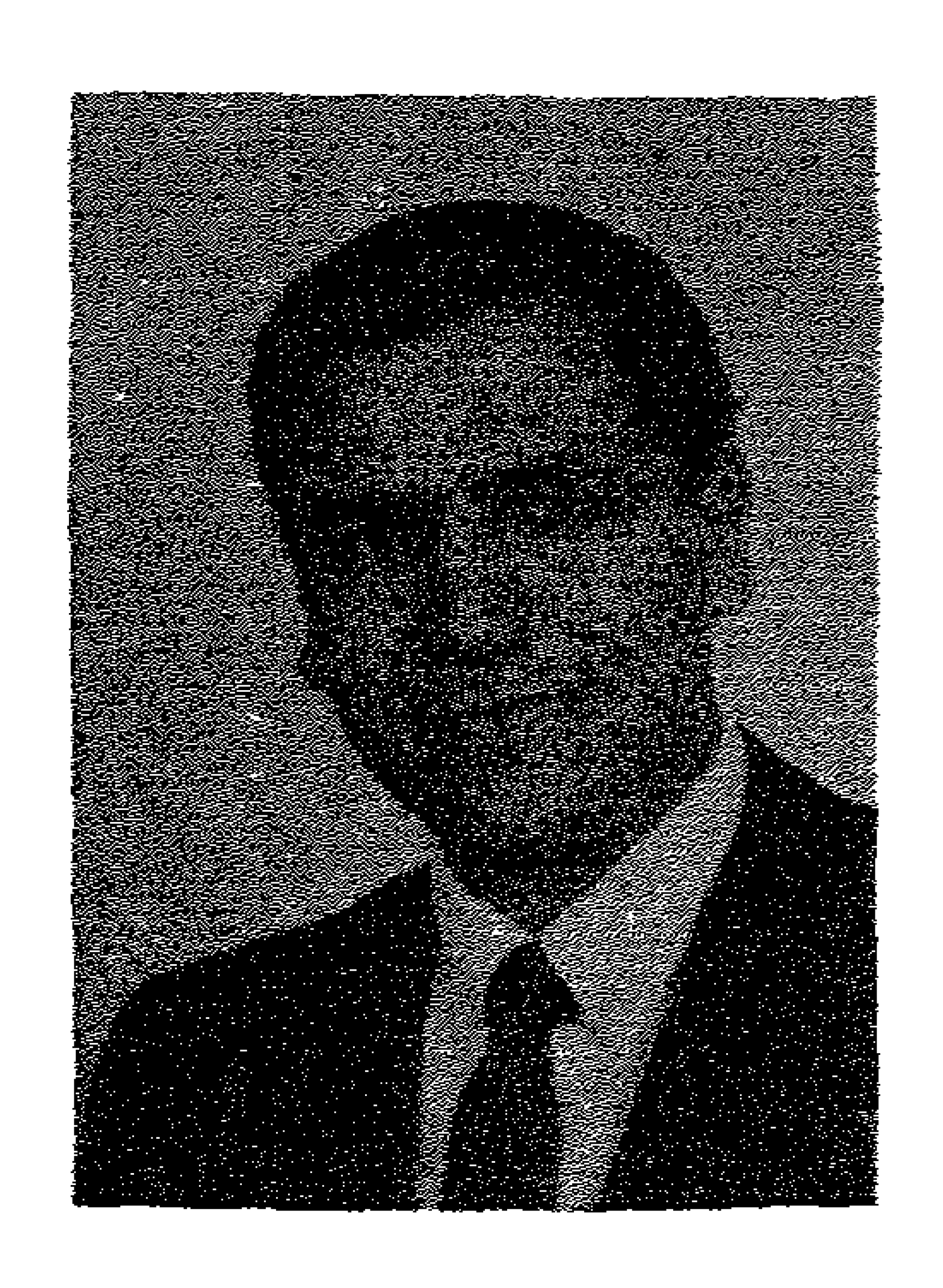
◻ الباب الثانى ◻

◻ الباب الثالث ◻

◻ الباب الرابع ◻
الأمراض النفسية

□ الباب الخامس □
العلاج

□ المراجع □



* المؤلف فى سطور:

مؤلف هذا الكتاب هو الدكتور / محمود عبد الرحمن حموده ، وُلد عام ١٩٥١ م ، بالشين محافظة الغربية ، ثم نشأ فى قريته منشأة شبراطو مركز قلين محافظة كفر الشيخ ، حيث حفظ القرآن الكريم والتحق بالأزهر إلى أن تخرج فى كلية طب الأزهر عام ١٩٧٦ م ، وعُين معيداً بقسم العصبية والنفسية ، و بعد حصوله على درجة الماجستير عُين مدرساً مساعداً ، ثم حصل على دكتوراه الطب النفسى عام ١٩٨٥ م ، وعُين مدرساً ، و يعمل الآن أستاذاً مساعداً للطب النفسى بكلية الطب جامعة الأزهر.

درس التحليل النفسى وعلاج الأطفال والمراهقين وقام بعمل بحوث عديدة فى هذا المجال

أشرف على عدد من رسائل الماجستير والدكتوراه فى الطب النفسى وشارك فى العديد من المؤتمرات العلمية .

قام بتدريس الطب النفسى الاكلينيكى والعلاج النفسى وطب الأطفال والمراهقين فى كلّيتى آداب جامعة عين شمس والمنيا ومعهد الدراسات العليا للطفولة بجامعة عين شمس بالاضافة إلى تدريسه مادة الطب النفسى لطلاب بكالوريوس الطب والدراسات العليا بكلية طب الأزهر. وكلية الدراسات الإنسانية .

رقـــم الإيــداع
١٩٩٠/٨٤٩٥

طبع بالمطبعة الفنية ت: ٣٩١١٨٦٢

◻ هذا الكتاب ◻

يعرض للنفس من حيث تكاملها مع الجسد ووظائف النفس وكيف تحدث وما يؤثر فيها ، والأعراض المرضية التى تنشأ عن اضطراب هذه الوظائف ، وكيف تجمع هذه الأعراض من خلال المقابلة الإكلينيكية وصولاً إلى التشخيص المتكامل .

كما يعرض الأمراض النفسية من خلال أحدث تصنيف لها ، شاملاً كل ما يتعلق بها من صورة إكلينيكية ومسار وتنبؤ وانتشار وأسباب وعلاج ، بالإضافة إلى باب خاص عن طرق العلاج المختلفة فى الطب النفسى .

وهذا الكتاب مزود بالمصطلحات باللغتين العربية والأجنبية حتى يسهل تناوله لدارسى الطب كما يتيسر فهمه لدارسى الآداب والتمريض وغيرهم .



طبع بالمطبعة الفنية ت: ٣٩١١٨٦٢